



## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/148435>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

# Drie vormen van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg

Een vergelijkend onderzoek naar  
patiëntkenmerken en resultaten  
van ambulante psychotherapie,  
klinische psychotherapie en  
ambulante psychiatrische hulp

Maarten M. Lange



# **DRIE VORMEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

**Een vergelijkend onderzoek naar patiëntkenmerken en resultaten van  
ambulante psychotherapie, klinische psychotherapie en ambulante  
psychiatrische hulp**



# **DRIE VORMEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

**Een vergelijkend onderzoek naar patiëntkenmerken en  
resultaten van ambulante psychotherapie, klinische  
psychotherapie en ambulante psychiatrische hulp**

## **PROEFSCHRIFT**

**ter verkrijging van de graad van doctor in  
de Sociale Wetenschappen aan de  
Katholieke Universiteit Nijmegen  
op gezag van de Rector Magnificus  
prof. dr. J. H. G. I. Giesbers  
volgens besluit van het College van Dekanen  
in het openbaar te verdedigen op  
donderdag 10 mei 1984,  
des namiddags te 2.00 uur precies**

**door**  
**Martinus Maria Lange**  
**geboren te Weert**



**SWETS & ZEITLINGER**

**LISSE  
1984**

Promotor: Prof. Dr. P. B. Bierkens  
Co-referenten: Dr. J. M. L. Kerbusch  
Dr. G. M. Schippers

#### CIP-GEGEVENS

Lange, Martinus Maria

Drie vormen van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg : een vergelijkend onderzoek naar patiëntkenmerken en resultaten van ambulante psychotherapie, klinische psychotherapie en ambulante psychiatrische hulp / Martinus Maria Lange. - Lisse : Swets & Zeitlinger. - Ill.  
Proefschrift Nijmegen. - Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.  
ISBN 90-265-0548-5  
S180 607 UDC 615.851  
Trefw.: geestelijke gezondheidszorg ; therapieën.

Omslagontwerp H. Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasterdam  
© Copyright 1984 M. M. Lange en Swets & Zeitlinger

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN 90 265 0548 5

# Dankwoord

Bij het samenstellen van de lijst van diegenen die mij geholpen hebben in al de jaren dat ik aan dit proefschrift heb gewerkt, valt pas goed op hoeveel dat er zijn geweest. De gegevens voor deze studie zijn verzameld bij veel instellingen in de GGZ, dankzij de medewerking van zeer velen. Genoemd moeten worden de psychiaters De Boer, Colombienne, Corsmit, Gribling, Kardaun, Peters, Soons en Werleman; voorts de psychologen Asmus, Duller, Van Erven, Heymans, Jansen, Klerx, Min, Roeders en Salomé-Finkelstein.

Speciaal dank ik Frank Vernooy en Dirk Wepster voor de vele uren die zij aan het onderzoek hebben besteed. De administratieve verwerking van de talrijke gegevens is een essentieel onderdeel geweest van deze studie. De volgende personen hebben hierin een belangrijk aandeel gehad: Els van Bennekom, Trudy Oudshoorn, Johan Rozema en Margreet Vos. In alle fasen van het onderzoek heb ik veel steun en onmisbare hulp gekregen van de studenten: Ruud Baart, Bart Boeyen, Maarten Cox, Jenny v.d. Elshout, Han Hillege, Johan Korzilius, Adriaan van Litzroth, Peter Nicolaes, Nico Romijn en Paul Runge. Vooral dank ik Paul Bruinen, John Jonkers en Helmy Pennarts voor de vele verdiensten die zij voor het onderzoek hebben gehad. Onmisbaar was ook de hulp van studenten in de geneeskunde die in het kader van hun wetenschappelijke stage aan het onderzoek hebben meegewerkt: Ben Gunnewijk, Helene Meens en Anke Thyssen.



Rijk Dijkhuizen, Jan van Grinsven, Françoise Porrey en Frans Schiks hebben voortreffelijk werk verricht door mij terzijde te staan bij het coderen en het aanleggen van de data-bestanden. Jozef Dihardjo, André Rohlf's en speciaal Regni Doran hebben het leeuwendeel van het codeerwerk tot een goed einde gebracht. Brigitte Pelzer, mevrouw Schippers-Winkeler en Han van Valderen-Bastiaans hebben evenzo vele versies van het manuscript met zorg getypt. Dank ook aan Carmen Jansen-Nawas voor haar accurate vertaling van de samenvatting. Prof.Dr. M. Nawas ben ik erkentelijk voor zijn begeleiding in de eerste fase van het onderzoek.

Voorts dank ik mijn collega's van de vakgroep Klinische Psychologie voor de steun en stimulans die ik steeds van hen heb gekregen.

En tenslotte past een woord van dank aan alle patiënten voor hun belangeloze medewerking.

# Inhoudsopgave

1. OP WEG NAAR EEN TERREINVERKENNEND ONDERZOEK VAN BE- HANDELINGSVORMEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	1
1.1. Probleemstelling en motieven	1
1.2. Globale opzet van ons onderzoek	9
1.3. Drie benaderingswijzen van onderzoek in de GGZ	12
1.3.1. Psychotherapie-effectonderzoek	12
1.3.2. Onderzoek in de sociale epidemiologie	16
1.3.3. Programma-evaluatie	18
1.4. Onderzoek van de GGZ in Nederland	21
1.5. Vraagstellingen	26
2. OPZET VAN HET ONDERZOEK	29
2.1. Inleiding	29
2.2. De onderzoeksgroep	30
2.2.1. Benadering van instituten	30
2.2.2. De ambulante psychotherapiegroep	33
2.2.3. De klinische psychotherapiegroep	38
2.2.4. De groep met een ambulante psychia- trische behandeling	39
2.3. Instrumenten	40
2.3.1. Demografische karakteristieken	41
2.3.2. Karakteristieken van de hulpverlenings- geschiedenis	41
2.3.3. Klachtenlijst	42
2.3.4. Interview ter meting van sociaal dysfunctioneren	45
2.3.5. De waarneming van gezins- en werkomgeving	50
2.3.5.1. Achtergronden van de keuze	50
2.3.5.2. De Gezins- en Werklijst	52
2.3.6. Verbeteringsscores	54
2.3.7. Therapie Beoordelingslijst	55
2.4.1. Werkwijze	56

2.4.2. Uitval uit het onderzoek	62
2.5. Homogeniteit en betrouwbaarheid van drie lijsten	64
2.5.1. De Gezins- en Werklijst	66
2.5.2. Het interview ter meting van sociaal dysfunctioneren	71
2.5.3. De Therapie Beoordelingslijst	74
3. RESULTATEN: KENMERKEN VAN PATIENTEN BIJ DE VOORMETING	76
3.1. Inleiding	76
3.2. Demografische karakteristieken	76
3.3. Hulpverleningsgeschiedenis	83
3.4. De aard en ernst van de klachten	91
3.4.1. De aard van de klachten	91
3.4.2. De ernst van de klachten	96
3.5. Aard en ernst van sociaal dysfunctioneren	99
3.5.1. Sociaal dysfunctioneren: de werksituatie	99
3.5.2. Sociaal dysfunctioneren: het sociale leven en de vrije tijd	100
3.5.3. Sociaal dysfunctioneren: de huwelijks- situatie	102
3.5.4. Sociaal dysfunctioneren: de ouderlijke gezinssituatie en sexualiteit	104
3.5.5. Commentaar	106
3.6. Percepties van het gezin en van het werk	107
3.6.1. Percepties van het gezin	108
3.6.2. Percepties van het werk	112
3.6.3. Percepties van het gezin en van het werk van een groep niet-hulpvragers	114
3.7. Conclusies	117
4. RESULTATEN: KENMERKEN VAN PATIENTEN BIJ DE NAMETING	119
4.1. Inleiding	119
4.2. Vergelijking van de groep patiënten met een nameting en zonder een nameting	120
4.3. De situatie op het moment van nameting	122
4.3.1. De ernst van de klachten	124

4.3.2. De aard en ernst van het sociaal dysfunctioneren	125
4.3.2.1. Sociaal dysfunctioneren: de werksituatie	125
4.3.2.2. Sociaal dysfunctioneren: het sociale leven en de vrije tijd	126
4.3.2.3. Sociaal dysfunctioneren: de huwelijksituatie	129
4.3.2.4. Sociaal dysfunctioneren: de ouderlijke gezinssituatie en seksualiteit	131
4.3.2.5. Samenvatting	131
4.3.3. De percepties van het gezin en van het werk	133
4.3.3.1. De percepties van het gezin	133
4.3.3.2. De percepties van het werk	135
4.3.4. Conclusies en discussie	137
4.4. Veranderingen tussen voor- en nameting	141
4.4.1. De ernst van de klachten	142
4.4.2. De aard en ernst van het sociaal dysfunctioneren	143
4.4.2.1. Sociaal dysfunctioneren: de werksituatie	143
4.4.2.2. Sociaal dysfunctioneren: het sociale leven en de vrije tijd	144
4.4.2.3. Sociaal dysfunctioneren: de huwelijksituatie	147
4.4.2.4. Sociaal dysfunctioneren: de ouderlijke gezinssituatie en seksualiteit	149
4.4.2.5. Samenvatting	149
4.4.3. De percepties van het gezin en van het werk	149
4.4.3.1. De percepties van het gezin	149
4.4.3.2. De percepties van het werk	152

4.4.4. Discussie	153
4.5. Tevredenheidsoordelen	156
4.6. Conclusies	162
5. DISCUSSIE EN IMPLICATIES VAN DE RESULTATEN	164
5.1. Overzicht van de resultaten	164
5.2. De resultaten en drie onderzoeksstrategieën in de GGZ	169
5.3. Een verdere uitwerking van verschillen tussen de ambulante groepen	175
5.4. Suggesties voor verder onderzoek	180
SAMENVATTING	187
SUMMARY	194
LITERATUUR	209
BIJLAGEN	213
CURRICULUM VITAE	230

# Hoofdstuk 1

## Op weg naar een terreinverkenkend onderzoek van behandelingsvormen in de geestelijke gezondheidszorg

### 1.1. PROBLEEMSTELLING EN MOTIEVEN

De GGZ in Nederland heeft de laatste decennia een schaalvergroting te zien gegeven. De vele instellingen die zich, aanvankelijk vanuit religieuze en particuliere kaders, met geestelijke gezondheidszorg bezighielden, zijn sterk uitgebreid en geïnstitutionaliseerd, waarbij het aanbod van zorg zowel kwantitatief als kwalitatief is toegenomen. Deze vergroting van het aanbod heeft gelijke tred gehouden met een als maar toegenomen vraag om hulp. Verschuivingen in individuele en maatschappelijke opvattingen over persoonlijke problemen vormden de oorzaken van deze groeiende vraag (Redlich & Kellert, 1978; Dekker, 1983).

Deze schaalvergroting kon mede tot stand komen door een toenemende bemoeienis van de overheid en verzekeringsinstanties. Zij hebben de groei politiek gelegitimeerd en gefinancierd, aanvankelijk zonder veel invloed en controle op dit proces. Naderhand hebben zij wel ingegrepen als gevolg van een groeiende bezorgdheid over de ontwikkelingen. De zorg gold kostenbewaking, kwaliteitsniveau, continuïteit, toegankelijkheid, regionalisering en registratie van de zorg (Schnabel, 1982). De resultaten zijn bekend: bijvoorbeeld regionalisatie van de zorg in RIAGG-eenheden, de invoering van een machtigingsstelsel en een heldere financieringsbasis in het kader van de AWBZ.

Een onderdeel van deze schaalvergroting is de toegenomen variatie in beschikbare hulp. De van oudsher bestaande instellingen op dit terrein van de gezondheidszorg zijn uitgebreid met allerlei andere faciliteiten: poliklinieken van psychiatrische centra (Mastboom, 1981), semi-murale voorzieningen (De Haen, 1983; Geerlings et al., 1983), instituten voor multidisciplinaire psychotherapie en vormen van hulp in de eerstelijns gezondheidszorg (Derksen, 1982). De variatie komt ook tot uiting in het feit dat andere beroepsgroepen dan alleen psychiaters en maatschappelijk werkenden in deze zorg zijn gaan functioneren. Deze variatie ontstaat door het toetreden van hulpverleners met een sociaal-wetenschappelijke achtergrond; psychologen, andragogen, pedagogen en in mindere mate sociologen (Garfield, 1981).

Parallel aan de grotere differentiatie in soorten instellingen en opleidingsachtergronden van hulpverleners, zijn nieuwe ontwikkelingen op gang gekomen in opvattingen over de aard van de problematiek waarmee de GGZ wordt geconfronteerd en in de aard van de hulp die geboden moet worden. Het zijn de sociaal-wetenschappelijk georiënteerde hulpverleners die de mening zijn toegedaan dat de aard van de klachten waarvoor hulp gezocht wordt niet langer aangeduid kan worden als medisch-psychiatrische problematiek. Zij relateren de klachten in toenemende mate aan sociale- en existentiële problemen (Frank, 1974; Redlich & Kellert, 1978; Parloff, 1979; Schnabel, 1982; Schudel, 1983; Mars, 1983; Hosman, 1983). Nieuwe ontwikkelingen in de aard van de hulp betreffen in het bijzonder de psychotherapeutische oriëntatie die belangrijk aan betekenis heeft gewonnen. Dit laatste is zelfs zozeer het geval dat veren bepaalde delen van de GGZ, met name de AGGZ, zijn gaan vereenzelvigen met het bieden van "specialistische hulp" in de vorm van psychotherapie (Dijkhuis, 1977; Van Ginneken, 1981; De Graaf, 1982; Schudel, 1983).

Als gevolg van deze nadruk op psychotherapie ontstond een toenemende controverse over de plaats hiervan naast andere vormen van hulp in de GGZ die al langer tot het takenpakket

behoorden. Zo onderscheidt Dijkhuis (1978) naast psychotherapie nog drie andere taken voor de GGZ: het houden van intakes, crisisinterventie, en psychosociale begeleiding. Hij betreurt de bijna exclusieve aandacht die psychotherapie krijgt waardoor die andere taken verwaarloosd lijken te worden. Dijkhuis waarschuwt voor een generalistische visie op problemen; men is geneigd binnen de GGZ ten aanzien van het probleemaanbod één generalistische visie te hanteren en één globale werkwijze ter oplossing ervan. In gelijke bewoordingen laat Van Ginneken zich uit (1981). Volgens deze laatste auteur heeft men in de GGZ de fout gemaakt psychotherapie te gaan opvatten als een functie. Functies zijn taken die de GGZ heeft: nazorg, ambulante hulp bij gezinsproblemen, psychiatrische hulp bij crises, enzovoort. Psychotherapie is echter - aldus Van Ginneken - geen functie maar een methode die toegepast kan worden in het kader van diverse functies. Omdat veel hulpverleners in de GGZ al hun activiteiten psychotherapie zijn gaan noemen, is het onduidelijk waar de grenzen liggen tussen psychotherapie in de stricte zin des woords en andere hulpverleningsvormen (Kuitenbrouwer, 1979; Thiel, 1977; Schagen, 1980).

Deze "vervaging" van het hulpverleningsaanbod gaat gepaard met een verschuiving in het soort klachten waarvoor men in de GGZ aandacht heeft. Omdat, volgens sommige auteurs, psychotherapie slechts een beperkt indicatiegebied kent, kunnen alleen nog de "dankbare" cliënten bij de GGZ terecht (Schudel, 1983). Met name de grote groep patiënten die niet gemotiveerd is voor psychotherapie, valt teveel buiten haar werkveld (Huijg et al., 1976; Colaço Belmonte, 1980; De Graaf, 1982). Het lijkt er op dat van de toegenomen differentiatie die we eerder hebbenesignaleerd door deze ontwikkelingen weinig is overgebleven. Uiteenlopende instellingen in de GGZ zijn zich gaan bezighouden met dezelfde taken en richten zich daarbij op dezelfde patiënten (Aarsen, 1980).

Een sterke verwantschap met deze controverse toont de discussie over de tegenstelling tussen een psychotherapeutische en een psychiatrische aanpak. Auteurs, die het belang van een



psychiatrische aanpak bepleiten, verwijten psychotherapeuten een overschatting van de veranderingsmogelijkheden van veel patiënten die een beroep doen op de GGZ (Sorel, 1982; Dil, 1982; Ten Horn, 1982; Schudel, 1983). Van de andere kant is de ambulante psychiatrische zorg ook zelf voorwerp van kritiek. De kritiek betreft de regelmatig terugkerende, kortdurende contacten ("het vijf-minuten-sprek uur") die enkel het geven van steun en het voorschrijven van psychofarmaca tot doel lijken te hebben en waarin niet gezocht wordt naar een oplossing van problemen (Gomperts, 1982; Molenaar et al., 1982).

Uit de hierboven beschreven thema's concluderen wij dat een onderzoek naar de psychotherapeutische zorg in de GGZ van betekenis is omdat (1) deze vorm van hulp een steeds grotere plaats heeft gekregen in het totale hulpverleningsaanbod en omdat (2) over de betekenis van deze vorm van hulp binnen de GGZ verschillende opvattingen bestaan. Een onderdeel van deze discussie vormt de tegenstelling tussen de psychotherapeutische zorg en de niet-psychotherapeutische, psychiatrische zorg. Vandaar dat het van belang is de ambulante zorg voorzover die niet-psychotherapeutisch is georiënteerd in dit onderzoek te betrekken. Omdat de ambulante psychiatrische zorg zo duidelijk onderscheiden kan worden van psychotherapie, kan de studie van dit onderdeel van de GGZ belangrijk vergelijkingsmateriaal opleveren.

Er is nog een tweede motief voor onze studie. Vrijwel elke auteur, die over de organisatie van de GGZ schrijft, is van mening dat de geschetste schaalvergroting niet gepaard is gegaan met een evenredige groei van informatie die van betekenis zou kunnen zijn voor een meer doeltreffend functioneren van de GGZ.

Over bepaalde onderdelen van de zorg, met name over psychotherapie los van een praktijksituatie, is veel bekend. Er is onderzoek gedaan naar processen binnen de psychotherapeutische relatie (Orlinsky & Howard, 1978; Parloff, Waskow & Wolfe,

1978), en naar het effect van psychotherapie (Bergin & Lambert, 1978). Daarnaast heeft epidemiologisch onderzoek gewezen op de betekenis van processen die een rol spelen bij probleemervaringen, hulpbehoeften en hulpzoeken. Ook in de administratieve sfeer is over de GGZ veel bekend. Al jarenlang levert de patiëntenregistratie van psychiatrische instituten een groot aantal gegevens op. Recentelijk is een begin gemaakt met het inventariseren van relevante cijfers over de gehele GGZ (De Haen, 1982).

Bij andere sectoren ontbreekt het echter aan systematische informatie. Zo zijn ons geen gegevens bekend over de aard van patiëntstromen in de GGZ. We weten niet wat er precies gebeurt met patiënten als ze aankloppen bij de gebruikelijke hulpverleningsinstellingen; we weten hun achtergronden niet, met welke klachten ze komen en wat voor hen het resultaat is van de inspanningen van de GGZ. Wat zijn de specifieke kenmerken van de patiënten die in een doorsnee instituut (niet een I.M.P.) binnen de GGZ in psychotherapeutische behandeling worden genomen? Hoe vergaat het deze patiënten als resultaat van deze behandeling? Nergens is op een systematische manier de alledaagse praktijk van de GGZ, en dan met name de psychotherapeutische praktijk, in kaart gebracht.

Gebrek aan adequaat cijfermateriaal belemmert het evalueren van het feitelijk functioneren van de GGZ. Ten Horn (1982) pleit dan ook voor registratie(onderzoek) van de dagelijkse praktijk. Registratie biedt meer mogelijkheden voor evaluatie dan het gebruikelijke satisfactie-onderzoek waarin het effect van behandeling wordt afgeleid uit globale tevredenheidsoordelen door therapeut en patiënt. Vele auteurs vragen om materiaal dat duidelijk kan maken welke taken de GGZ moet vervullen (Van Ginneken, 1981; Dekker, 1983). Van Ginneken bijvoorbeeld stelt vast dat het onduidelijk is wanneer men bij de ene voorziening terecht kan en wanneer bij de andere, vooral wanneer het gaat om ambulante hulp. Andere auteurs verwoorden dit probleem door kritiek te uiten op de hulpverlener- en methodiek-gerichte aanpak van de hulpverlening waardoor een

probleemgerichte aanpak sterk wordt verwaarloosd (Huijg et al., 1976; Parloff, 1980; De Graaf, 1982). Dijkhuis (1977, 1978) pleit daarom voor probleem-analytisch onderzoek zodat de hulp gestructureerd kan worden rond patiëntproblemen.

Een onderdeel van de vraag naar meer cijfermateriaal heeft betrekking op de effectiviteit van psychotherapie. Ondanks een jarenlange traditie van psychotherapie-(effect)onderzoek is het nog steeds niet duidelijk in hoeverre psychotherapie een adequate behandelingsvorm is naast andere GGZ-behandelingen. Dit onderzoek heeft te ver van de dagelijkse praktijk gestaan en liet de vraag naar het effect teveel prevaleren boven de vraag naar de doelmatigheid, die daarvan moet worden onderscheiden (Parloff, 1980; Dekker, 1983). Doelmatigheid oriënteert zich namelijk ook op elementen als kosten-baten analyses, proportionele tijdsinvestering en afstemming op het behoefteaanbod.

Uit het bovenstaande hebben wij de conclusie getrokken dat een studie die de (psychotherapeutische) zorg in de GGZ inventariseert via een terreinverkenkend onderzoek, een bijdrage kan leveren aan de beschreven lacunes in informatie. Deze inventarisatie bestaat uit een beschrijving van de kenmerken van enkele patiëntgroepen en een aantal kenmerken van hun behandelingsresultaat.

De keuze voor de aard en de vormgeving van dit onderzoek is mede gebaseerd op een belangrijk theoretisch principe. Dit heeft betrekking op de rol van de sociale omgeving ("het systeem") ten aanzien van het functioneren van het individu. Het is niet wenselijk het individu of zijn psychische problematiek te bestuderen, los van de directe sociale omgeving waarvan het individu deel uitmaakt. De omgeving en het individu beïnvloeden elkaar wederzijds (French, 1963; Jessor & Jessor, 1973; Holahan, 1978). In een psychologische studie van de omgeving zijn omgevingskarakteristieken die extern invloed uitoefenen op gedragingen evenzeer van belang als die aspecten van een omgeving welke het individu van belang acht. Deze

fenomenale omgevingskarakteristieken krijgen een bijzondere betekenis omdat het individu zich hierdoor in belangrijke mate zal laten leiden in zijn reacties op de omgeving. Problematische gedragingen en ervaringen zullen samenhangen met de perceptie welke de patiënt heeft van het psychosociale klimaat van zijn omgeving.

Dit uitgangspunt vinden we terug in veel psychopathologische en psychotherapeutische georiënteerde literatuur. Sarbin (1962) baseert zich op roltheoretische principes als hij een symptoom opvat als gedrag dat verwijst naar de rol van de "zieke" persoon. Significante anderen kunnen door hun reacties op een dergelijke rol de patiënt alsmaar duidelijker in zijn rol bevestigen (Sarbin & Allen, 1968).

Haley (1963) en met hem de gezinstherapie in het algemeen beschouwt symptomen als wijzen van omgaan met andere personen. Het symptoom vervult een functie binnen een systeem (gezin, relatie) en heeft daarmee niet alleen betekenis voor de patiënt maar ook voor de andere leden van het systeem. Een dergelijk systeem wordt meestal gekenmerkt door gestructureerde, indirecte communicatiepatronen, waarbij één persoon de positie krijgt toegeschoven van symptoomdrager ("scapegoat"). Een dergelijk patroon van onderlinge pathogene communicatie valt moeilijk te ontregelen omdat feedback van de zijde van de patiënt verworpen wordt. De patiënt wordt zodoende door de andere leden van het systeem gedwongen in zijn rol van patiënt te blijven, zodat het voor de anderen mogelijk blijft af te zien van het ontwikkelen van meer directe en dus minder problematische communicatievormen (Murrell, 1971).

Ook binnen het sociale deviantie perspectief kunnen we overeenkomstige opvattingen ontdekken over de interacties tussen personen met afwijkende gedragingen en andere individuen die dergelijke gedragingen etiketteren. Dit "labelingsproces" laat de persoon op wie dit proces van toepassing is, geen andere keus dan een loopbaan als deviante persoon (Scheff, 1966; Schur, 1971).

Deze overwegingen vormden een motief om in ons onderzoek

in het bijzonder aandacht te besteden aan de studie van vormen van (psychotherapeutische) hulp in de natuurlijke (praktijk)omgeving waarin deze voorkomen. We hebben onze onderzoeksgroep daarom in de alledaagse praktijk van de hulpverlening willen zoeken. Een volgend motief is de wenselijkheid van de studie van het functioneren van de patiënt en de veranderingen daarin tegen de achtergrond van de sociale context waarin dat functioneren plaatsvindt. Vervolgens willen we nagaan in hoeverre de studie van cognitieve variabelen die betrekking hebben op de waarneming door het individu van kenmerken van de omgeving, het inzicht in patiëntkenmerken en veranderingen daarin kan vergroten.

Door deze konsekwenties wijkt de opzet van dit onderzoek af van veel psychotherapie-effectonderzoek, dat gewerkt heeft met kunstmatig samengestelde groepen die in een kunstmatig gecreëerde hulpverleningssituatie zijn bestudeerd. Ook het instrumentarium wijkt af van het gebruikelijke instrumentarium in psychotherapie-effectonderzoek zoals persoonlijkheidsvragenlijsten, globale oordelen over de voortgang van de behandeling en de observatie van het patiëntgedrag binnen de therapeutische situatie.

Samenvattend: de motieven voor het type onderzoek dat ons voor ogen staat, zijn uiteengezet. Een eerste motief is de wens dat het object van onderzoek verband houdt met thema's waarover in de GGZ een actuele discussie wordt gevoerd. De steeds grotere plaats van de psychotherapeutische zorg is zulk een thema. Een tweede motief vormt de wens empirisch materiaal te verzamelen dat een bijdrage kan zijn aan discussies over psychotherapie. Een derde motief vormt het algemeen theoretisch uitgangspunt dat er een wisselwerking is tussen de sociale omgeving en het individu. Dit uitgangspunt achten wij van betekenis in het onderzoek van psychotherapie.

Al deze motieven tezamen hebben geleid tot de keuze voor een terreinverkenkend onderzoek dat in eerste instantie gericht is op de psychotherapeutische aanpak in de GGZ. We wil-

len weten welke patiënten in psychotherapie komen en hoe het resultaat van de behandeling is. We willen het onderzoek nauw laten aansluiten bij de alledaagse praktijk. De onderzoeksgroep moet daarom bestaan uit patiënten die behandelingen ondergaan zoals die in de GGZ gebruikelijk zijn.

Daarnaast gaan we, mede ter vergelijking, een vorm van niet-psychotherapeutische zorg (poliklinische psychiatrische hulp) bestuderen omdat dit onderdeel van de GGZ-zorg vaak in contrast met de psychotherapeutische zorg genoemd wordt. In de volgende paragraaf bespreken we globaal de opzet waartoe de genoemde motieven hebben geleid.

## 1.2. GLOBALE OPZET VAN ONS ONDERZOEK

Omdat we de nadruk willen leggen op de psychotherapeutische zorg zijn we eerst gaan verkennen waar we in het GGZ-veld psychotherapie aantreffen. Een eerste moeilijkheid hierbij is het ontbreken van adequaat cijfermateriaal. Zo bestaan er onvoldoende gegevens over de omvang van de psychotherapeutische zorg in de verschillende instellingen van de GGZ (Mastboom, 1981).<sup>1</sup> Een tweede moeilijkheid is dat veel instituten niet getypeerd kunnen worden op basis van de aard van de behandeling die verricht wordt. Doorgaans staat de geboden hulp nergens duidelijk omschreven. Een laatste moeilijkheid bij het samenstellen van een adequate onderzoeksgroep is gelegen in het krijgen van toegang tot gegevens. Wij hebben de volgende stappen ondernomen om te komen tot een onderzoeksgroep zoals die ons voor ogen stond.

---

1) We hebben met deze opmerking niet de IMP's op het oog. Van sommige IMP's is wel bekend wat de aard en de omvang is van de patiëntstroom (Schutz, 1981; Grauenkamp, 1982). Ofschoon wij IMP's niet wilden uitsluiten van onze studie, heeft toch de nadruk gelegen op het bestuderen van psychotherapie in instellingen die zich niet exclusief met psychotherapie bezighielden. In hoofdstuk twee zal blijken dat geen enkel IMP heeft geparticipeerd in ons onderzoek.

Voor ons onderzoek kwamen alle instituten in aanmerking die karakteristiek genoemd konden worden voor de GGZ: alle instituten die sinds 1 januari 1983 in een RIAGG-verband zijn samengebracht (MOB, LGV, SPD, JPD, en IMP); en verder de praktijken van vrijgevestigde psychotherapeuten, instituten voor klinische (of semi-murale) psychotherapie en poliklinieken van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen dan wel van psychiatrische ziekenhuizen. Uit de veelheid van mogelijke instituten hebben we contact gezocht met die instellingen, waarvan we vooraf wisten, vaak door eerdere persoonlijke of zakelijke contacten, dat psychotherapie tot het behandelingspakket behoorde. Wij hebben uiteindelijk gegevens verzameld bij al die instituten die binnen ons bereik lagen en die ons toegang wensten te verschaffen.

Wij hebben binnen deze categorie van instituten twee onderzoeksgroepen samen kunnen stellen: een ambulante psychotherapiegroep en een klinische psychotherapiegroep. Met deze twee patiëntgroepen wordt het mogelijk de psychotherapeutische zorg nader te exploreren aan de hand van het onderscheid tussen ambulante zorg en klinische zorg. Een tweede onderscheid bestaat tussen psychotherapeutische zorg en psychiatrische zorg. We hebben namelijk een derde groep patiënten kunnen samenstellen die ambulant psychiatrisch behandeld wordt en waarbij tevens sprake is van een niet-psychotherapeutische aanpak door de betreffende psychiaters.

Ofschoon we ons niet op cijfers kunnen baseren, hebben we de stellige indruk dat een aanzienlijk aantal patiënten in de GGZ gebruik maakt van één van de drie vormen van hulp en dat we met deze drie groepen een belangrijk deel van de zorg in de GGZ representeren.

We hebben niet gezocht naar een groep patiënten die klinisch-psychiatrisch behandeld wordt, ofschoon een dergelijke groep in de onderzoeksopzet verwacht zou mogen worden. De aard der stoornissen bij deze groep (waaronder bijvoorbeeld psychotische beelden, organische aandoeningen, enz.) lijkt te zeer verschillend van die van de drie andere groepen.

Bovendien is over deze groep relatief veel onderzoek verricht (Visiecommissie St. Bavo, 1973; Beenen, 1974; Schudel, 1976; Giel, 1977; Overzicht, 1978). Verder hebben wij gemeend het onderzoek te moeten beperken tot de genoemde drie groepen omdat anders de uitvoering nog complexer zou zijn geworden.

De onderzoeksgroep bestaat derhalve uit drie groepen patiënten die verschillen in de aard van de behandelingen die de patiënten (hebben) ondergaan. De groepen zijn verschillend op een tweetal dimensies welke belangrijke aspecten van de GGZ vertegenwoordigen: ambulante zorg tegenover klinische zorg, naast psychotherapeutische zorg tegenover niet-psychotherapeutische (psychiatrische) zorg.

De vraag rijst nu welke karakteristieken van patiënten en hun behandeling in aanmerking komen om vastgelegd te worden. Wat betreft kenmerken van de patiënt willen we de volgende voor de hand liggende gegevens verzamelen: demografische gegevens, gegevens betreffende de hulpverleningsgeschiedenis en de aard van de klachten. Op basis van het eerder geformuleerde theoretisch uitgangspunt zijn we verder geïnteresseerd in een schatting van de sociale implicaties van deze klachten met het oog op de ernst van het sociale dysfunctioneren buiten de therapiesituatie (o.a. gezin, werk, vrienden). In dit verband willen we ook gegevens verzamelen over het leefmilieu van de patiënt. Met betrekking tot dit onderdeel vragen we aan de patiënt hoe hij tegen zijn gezinsomgeving en zijn werkomgeving aankijkt.

Inzake de behandeling leggen we de volgende karakteristieken vast: kenmerken van de behandeling zelf (soort intake, duur en aard van de afsluiting) en kenmerken van het resultaat van de behandeling. De resultaatmeting bestaat uit de verschillen in ernst van sociaal dysfunctioneren en verschillen in percepties van gezin en werk tussen voormeting en na-meting. Een laatste onderdeel van de resultaatmeting zijn de tevredenheidsoordelen van de patiënt en de therapeut. We



nemen deze oordelen in onze studie op om ze met de andere resultaatmetingen te vergelijken en om aansluiting te zoeken bij bestaand effectonderzoek dat, zoals gezegd, veel met deze tevredenheidsoordelen heeft gewerkt.

### 1.3. DRIE BENADERINGSWIJZEN VAN ONDERZOEK IN DE GGZ

Het is primair onze bedoeling de psychotherapeutische zorg in de GGZ te bestuderen. We willen dit doen door drie behandelingsvormen in de GGZ te beschrijven aan de hand van de kenmerken van patiënten die in die drie behandelingen terecht zijn gekomen. Dit type onderzoek vertoont punten van overeenkomst met een aantal recente ontwikkelingen in het onderzoek binnen de GGZ.

We willen in ons onderzoek nagaan welke patiënten terecht komen in drie verschillende behandelingsvormen in de GGZ. Het onderzoek krijgt hiermee het karakter van een epidemiologische beschrijving van patiëntstromen rondom deze behandelingsvormen. Vervolgens willen we nagaan hoe het de patiënten in deze behandelingen vergaat. Deze vraag geeft aan het onderzoek het karakter van een evaluatie-onderzoek.

De plaats van dit onderzoek binnen het scala van onderzoeksstrategieën kunnen we verduidelijken door enige relevante ontwikkelingen te beschrijven in het psychotherapie-effect-onderzoek, in het sociaal-epidemiologisch onderzoek en in het meer recente (programma-)evaluatieonderzoek.

#### 1.3.1. PSYCHOTHERAPIE-EFFECTONDERZOEK

Er is veel onderzoek verricht rondom psychotherapie. Een belangrijke vraag die hierbij erg lang centraal heeft gestaan is de vraag naar het effect. Pas op het eind van de zeventiger jaren is duidelijk geworden dat het antwoord op deze vraag weinig materiaal heeft opgeleverd dat relevant is voor de praktijk en voor het algemeen beleid. Het tot die tijd

gebruikelijke effectonderzoek heeft met name weinig materiaal geproduceerd dat het mogelijk maakte de betekenis van psychotherapie in het totale pakket van voorzieningen in de GGZ duidelijk te omschrijven.

Hoe is deze situatie kunnen ontstaan? In de periode dat de diverse psychotherapeutische systemen zich ontwikkelden, stond het bestaansrecht van de psychotherapie in het algemeen, en van de verschillende technieken in het bijzonder op het spel. Het onderzoek kreeg dus de functie toebedeeld van het aantonen van het grotere succes van een therapeutische techniek in vergelijking met andere therapeutische technieken of in vergelijking met minimaal of niet-behandelde groepen (Eysenck, 1952; Bergin, 1971; Bergin & Lambert, 1978; Garfield, 1981).

Dit type onderzoek is gebaseerd op het experimentele model waarbij patiënten aselekt toegewezen worden aan één of meer experimentele groepen en controlegroepen (Meltzoff & Kornreich, 1970; Bergin & Suinn, 1975; Sloane et al., 1975). Een nadeel van deze onderzoeksopzet is dat de groepen intern homogeen moeten zijn, omdat men alleen belang stelt in de gemiddelde veranderingen van de ene groep vergeleken met die van de andere groep. De zeer waarschijnlijk aanwezige verschillen tussen de therapeuten in vaardigheden en andere persoonlijkheidskarakteristieken, verschillen in de aard van de behandelingen en verschillen in soorten patiënten zijn te weinig onderzocht (Kiesler, 1966; Gross & Miller, 1975; Luborsky et al., 1975; Garfield, 1980).

Dit nadeel werd aanvankelijk niet als zodanig gezien omdat de oorspronkelijke, orthodoxe formuleringen van de hoofdstromingen in het psychotherapeutisch denken - waarop het zich ontwikkelende therapeutisch handelen was gebaseerd - impliceerden, dat een zeer grote variëteit van stoornissen (en patiënten) geschikt was voor de behandelingstechniek die een onderdeel vormde van het betreffende therapeutische systeem. Therapieën werden beschouwd als een soort "universele" therapieën (Garfield, 1981a, 1981b).

De gevolgen van deze werkwijze zijn bekend. Onderzoekresultaten hebben nauwelijks invloed kunnen uitoefenen op de praktijk (Bergin & Strupp, 1970; Chodoff, 1982; Schnabel, 1980; Parloff, 1980, 1982). De resultaten die het effectonderzoek opleverde, betekenen weinig voor een hulpverlener. Een hulpverlener die een keuze moet maken uit verschillende behandelingsstrategieën omdat de grote variëteit in hulpvragen en in patiënten hem daartoe noodzaakt, heeft weinig steun aan één van de resultaten van effectonderzoek, te weten dat er bijna geen verschillen zijn in behandelingseffect tussen de verschillende psychotherapeutische technieken. Bovendien zegt het aantonen van vooruitgang op statistische gronden weinig over de vooruitgang die de hulpverlener belangrijk vindt in zijn dagelijkse werk.

Hulpverleners - maar ook onderzoekers - zijn gaan inzien dat de oorspronkelijke scholen geen verklaringen konden bieden voor verschijnselen die zich in de loop van de groeiende praktische ervaring met psychotherapie, steeds duidelijker bleken te gaan aftekenen. Voorbeelden hiervan zijn: het verschijnsel van het spontaan herstel, het afbreken van de behandeling door de patiënt en de moeilijkheid psychotherapie te bedrijven met patiënten uit de lagere sociaal-economische bevolkingsgroepen.

De belangrijkste klacht van de hulpverleners heeft betrekking op het in gebreke blijven van het psychotherapie-onderzoek op het punt van het indicatieonderzoek (Chodoff, 1982; Kazdin & Wilson, 1978; Parloff, 1979, 1980; Garfield, 1981). De oorzaak hiervoor moet gezocht worden in het feit dat veel experimenteel effectonderzoek niet is uitgevoerd met patiënten die in de gewone praktijk van de GGZ aangetroffen worden. "Experimenteel psychotherapie-effectonderzoek wordt bij voorkeur uitgevoerd in "ongevaarlijke" situaties, dat wil zeggen met patiënten die niet opgenomen zijn en niet verward zijn en in principe een normaal alledaags leven leiden" (Schnabel, 1981, p. 269). Parloff (1982) stelt daarom vast dat de resultaten van het merendeel van het psychotherapieonderzoek op

enkele uitzonderingen na niet gegeneraliseerd mogen worden naar de alledaagse klinische praktijk.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk hebben we beschreven hoezeer het ontbreken van praktische inzichten betreffende de indicatiestelling van psychotherapie, een reële evaluatie van de waarde van psychotherapie binnen de GGZ belemmert. Dit thema komt nog meer in de belangstelling te staan omdat, naast de hulpverlener, een derde partij zich aanmeldt met vragen over en kritiek op het effectonderzoek: functionarissen en instanties die in politiek of maatschappelijk opzicht (subsidieverleners, ziekenfondsen) verantwoording dragen voor de GGZ (Marshall, 1980a, 1980b; Strupp, 1980; Parloff, 1979, 1980; Garfield, 1981a, 1981b).

Als resultaat van de hierboven beschreven ontwikkelingen is de vanzelfsprekendheid van klassieke effectstudies in de GGZ afgenomen. Over een meer zinvolle opzet van (effect)onderzoek bestaat overigens nog weinig helderheid. In ieder geval pleiten onderzoekers voor het bestuderen van psychotherapie zoals die in de alledaagse praktijk van de hulpverlening verricht wordt (Parloff, 1979; Schagen, 1981; Schnabel, 1981). Min of meer samenhangend met dit pleidooi is de suggestie te letten op verschillen in patiënt-, therapeut- en behandelingskarakteristieken, niet alleen bij het begin van de behandeling maar vooral ook bij het einde van de behandeling (Frank, 1979; Parloff, 1979; Aarsen, 1980; Garfield, 1980, 1981a, 1981b). Het verwaarlozen van verschillen in deze karakteristieken bij het einde van de behandeling heeft ertoe geleid dat de doelmatigheid van therapie onvoldoende is onderzocht. Effectonderzoek heeft zich immers tevredengesteld met globale oordelen afkomstig van therapeut en patiënt. Dit soort oordelen biedt weinig mogelijkheden de doelmatigheid van psychotherapie nauwkeuriger vast te stellen.

In de lijn van het voorafgaande wordt voorgesteld de onderzoeksonderwerpen en -vraagstellingen te ontwikkelen in samenwerking met (hulpverleners uit) het veld. Er moet duidelijk-

heid komen over wat precies onderzocht moet worden. Uit deze samenwerking zouden onderzoeksprioriteiten afgeleid kunnen worden (Parloff, 1979). Ook de positie van de onderzoeker zal een andere moeten worden. Binnen de gesuggereerde gewijzigde onderzoeksopzet zal de onderzoeker meer bescheiden dan voorheen naast de hulpverlener staan en systematisch observeren en registreren hetgeen hij in de praktijk aantreft (Parloff, 1980; Schnabel, 1981).

Volgens Wijngaarden (1981) zal een dergelijke positie van de onderzoeker de formulering van meer vragen mogelijk maken. Vragen waarin de hulpverlener zichzelf ook meer zal herkennen zodat de samenwerking tussen onderzoeker en hulpverlener vruchtbaarder kan worden.

Onze studie is opgezet in het spoor van deze aanbevelingen. Ons doel is na te gaan wat voor patiënten terecht komen in de drie behandelingsvormen waarop dit onderzoek betrekking heeft, en vervolgens hoe het deze patiënten in de loop van hun behandeling vergaat. We hebben ter observatie twee psychotherapiegroepen gekozen, omdat we de nadruk willen leggen op het bestuderen van de psychotherapeutische zorg in de GGZ. Het toevoegen van een derde groep, die een essentieel deel van de GGZ-activiteiten vertegenwoordigt, biedt mogelijkheden kenmerken van patiënten die niet-psychotherapeutisch behandeld worden te vergelijken met die van psychotherapiepatiënten. We bestuderen de patiëntgroepen binnen deze drie behandelingsvormen omdat er uiteenlopende opvattingen bestaan over de mogelijkheden van de psychotherapeutische zorg naast de ambulante psychiatrische zorg in de GGZ, en omdat er weinig cijfermateriaal is dat een empirische basis kan zijn voor deze opvattingen.

### 1.3.2. ONDERZOEK IN DE SOCIALE EPIDEMIOLOGIE

De sociale epidemiologie is in de eerste plaats bekend geworden door het onderzoek naar het voorkomen en het ontstaan

van de min of meer "klassieke" ziektebeelden. Dit thema is de laatste jaren meer verbreed tot onderzoek naar allerlei vormen van probleemanalytisch onderzoek waarin de verhouding tussen de behoefte aan hulp in de samenleving en het hulpaanbod vanuit de GGZ centraal staan (Hosman, 1983).

In het onderzoek dat ons voor ogen staat willen wij nagaan welke kenmerken van patiënten samenhangen met het type hulpverlening waarin zij terecht zijn gekomen. Als wij verschillen vinden tussen patiënten in samenhang met verschillen tussen behandelingsvormen dan is het duidelijk dat een bepaalde behandelingsvorm zich blijkbaar richt op een selectief deel van de hulpvraag in de populatie. Een dergelijk resultaat zegt iets over de verhouding tussen de hulpvraag in de samenleving en het hulpaanbod vanuit de GGZ en daarmee vertoont ons onderzoek overeenkomst met het sociaal-epidemiologisch onderzoek. De koppeling tussen kenmerken van patiënten en het type hulp dat zij ontvangen, wijst op allerlei processen, die bij die koppeling een rol spelen, zoals bijvoorbeeld behoefte aan bepaalde vormen van hulp bij patiënten maar vooral ook selectieprocessen bij verwijzende instanties en hulpverleners. Ons onderzoek gaat niet expliciet in op al deze processen ofschoon we wel gegevens krijgen over de hulpverleningsgeschiedenis van de patiënten zodat we iets over verwijspatronen kunnen zeggen.

De sociale epidemiologie spreekt over een indirecte behoeftebepaling als onderdeel van haar probleemanalytisch onderzoek. In zulk een indirecte behoeftebepaling zijn elementen te herkennen die ook in ons onderzoek aanwezig zijn.

Binnen de sociale epidemiologie onderscheidt men een directe behoeftebepaling en een indirecte behoeftebepaling (Giel & Ten Horn, 1981; Hosman, 1983). Bij de directe behoeftebepaling worden gegevens rechtstreeks geleverd door de bevolking of groepen van de bevolking. Onafhankelijk van voorzieningen in een regio stelt men de behoefte aan hulp vast. De indirecte behoeftebepaling baseert zich op oordelen van anderen of op statistisch indicatiemateriaal. Het registreren

van gegevens van hulpverleningsinstanties in de GGZ is in dit verband een veel gebruikte bron.

Bij het interpreteren van deze laatstgenoemde soort gegevens ontstaat een probleem. Aangetoond is dat de hulpvraag slechts een klein gedeelte omvat van de psychosociale nood onder de bevolking.

Hosman (o.c.) wijst op processen die een rol spelen bij het verkrijgen van professionele hulp dan wel bepaalde vormen ervan. Het gaat daarbij veelal om sociale selectieprocessen (Gleiss, Seidel & Abholz, 1973). De aanwezige problematiek is niet de enige factor die een rol speelt bij het bepalen van de aard van de hulp. Ook zijn hierbij van belang sociale factoren die werkzaam zijn vanuit sociale klasseposities, sexeverschillen of houdingen ten opzichte van hulpverlenende instanties. De epidemioloog Morris (genoemd in Hosman, o.c., p.91) stelt dat het beeld dat klinici zich van stoornissen vormen op basis van hun praktijk, vertekend is aangezien zij slechts met een selectief deel van de ware prevalentie contact hebben. Morris spreekt over de "verbreding van de klinische horizon" als een van de zeven deelgebieden van de epidemiologie.

Deze thema's zijn voor ons van belang omdat het opsporen van verschillen tussen de drie in onze studie te bestuderen groepen hulpvragers vermoedelijk aanwijzingen zal opleveren voor verschillen in klachtpatronen en verschillen in sociale selectieprocessen. In de mate waarin deze verschillen iets kunnen zeggen over de verhouding tussen de hulpvraag en het hulpaanbod vanuit de GGZ vertoont ons onderzoek overeenkomst met het sociaal-epidemiologisch onderzoek.

### 1.3.3. PROGRAMMA-EVALUATIE

Onze studie valt te beschouwen als een evaluatieonderzoek. Een andere uitwerking van evaluatieonderzoek in de GGZ met een totaal andere achtergrond dan het psychotherapie-effect-onderzoek, is programma-evaluatie. Onze studie is geen pro-

gramma-evaluatie onderzoek in stricte zin omdat daarvoor essentiële condities ontbreken.

Toch is een korte uiteenzetting over programma-evaluatie zinvol omdat wij van mening zijn dat ons onderzoek qua doelstelling overeenkomst vertoont hiermee. Een voorbeeld hiervan is de systematische manier van kijken naar de praktijk van de hulpverlening. Onze ervaringen met dit type inventariserend onderzoek en de resultaten ervan zijn noodzakelijke stappen om programma-evaluatie te kunnen uitvoeren.

De achtergronden van deze onderzoekstraditie moeten we zoeken in veel meer gebieden dan alleen in dat van de geestelijke gezondheidszorg. Overal waar sprake is van organisaties met een bepaalde taak of doelstelling is nagedacht over mogelijkheden, de inhoud van die taak en de konsekwenties ervan systematisch te evalueren. Deze taak of doelstelling kan op allerlei terreinen betrekking hebben: vervoer, recreatie, gezondheid, politie, onderwijs, sociaal en cultureel werk (Cronbach et al., 1980).

Deze onderzoekstraditie is invloed gaan uitoefenen op de GGZ sedert de oprichting van de Amerikaanse Community Mental Health Centers in het begin van de zestiger jaren. Samen met de oprichting van deze centra is de verplichting vastgesteld evaluatieonderzoek te doen naar het functioneren ervan (Parloff, 1979; Hosman, 1983). De in de eerste paragraaf beschreven ontwikkelingen in de GGZ in Nederland, hebben ook in ons land het belang van deze vorm van evaluatieonderzoek doen toenemen. Het voordeel van dit type onderzoek is, dat de evaluatie zich uitstrekt over veel meer karakteristieken, die van betekenis zijn voor de planning van de GGZ, dan alleen het gebruikelijke effect- en procesonderzoek (Sijben, 1980).

Zo wordt het verwerven van informatie en het terugkoppelen van die informatie als een essentieel onderdeel van programma-evaluatie gezien. De implementatie van evaluatieactiviteiten in een organisatie wordt daarmee een noodzakelijk onderdeel van programma-evaluatie zelf (Sijben, 1979, 1980;



Cronbach et al., 1980). Dit proces van informatie inwinnen en verwerken moet in eerste instantie praktische doeleinden dienen. De organisatie moet er iets mee kunnen aanvangen. In programma-evaluatie streeft men naar "monitoring": verzamelen en terugkoppelen van informatie, met nadruk op het permanente, het pragmatische en het cyclisch verlopende karakter van deze processen (Attkisson et al., 1978).<sup>1</sup>

Sijben (1980) onderscheidt vier typen van evaluatie:

1. Effort-evaluatie: het registreren van alle activiteiten die zijn ondernomen om doeleinden te bereiken;
2. outcome-evaluatie: het vaststellen van de resultaten van de behandeling;
3. Efficiency-evaluatie: het analyseren van de verhouding tussen de kosten en de baten;
4. Impact-evaluatie: het vaststellen van de invloed op de behoeften, waarvoor het programma is opgesteld.<sup>2</sup>

Eén van de activiteiten die, volgens Zijben, wordt gerekend tot "effort-evaluatie", is "record-keeping". Deze activiteit duidt op het registreren van patiëntgegevens die in dossiers liggen opgeslagen. Zijben noemt dit de eenvoudigste vorm van evaluatieonderzoek en tevens de vorm om mee te beginnen. Naderhand kan in overleg met de organisatie gestreefd worden naar andere vormen van informatieverzameling, waarbij de inzet van leden van de organisatie een grotere rol moet gaan spelen.

- 
- 1) Uit een overzicht van "evaluatie-onderzoek" blijkt dat over een precieze definitie van dit type onderzoek geen enkele overeenstemming bestaat (Glass & Ellett, 1980). Volgens de auteurs van dit overzicht is het gevaar aanwezig dat het hele terrein een chaos wordt omdat iedereen wat anders onder evaluatieonderzoek verstaat (p.212). Het overzicht geeft vervolgens zelf een beschrijving van zeven verschillende opvattingen van evaluatie. Wij hebben deze beschrijvingen niet genoemd omdat dat buiten het bestek valt van onze studie.
  - 2) Ditzelfde onderscheid vinden we terug bij meerdere auteurs die over programma-evaluatie schrijven: Coursey (1977); Attkisson et al. (1978); Suchman (1967). De laatstgenoemde auteur voegt nog een vijfde categorie toe: process-evaluation. Deze vorm van evaluatie moet antwoord geven op de vraag "waarom werkt het programma?" Andere auteurs noemen deze vorm van programma-evaluatie "verklarend evaluatie-onderzoek". De andere vormen zijn alle gerangschikt onder de noemer "beschrijvend evaluatie-onderzoek" (Hosman, 1983).

Hoewel ons onderzoek overeenkomsten vertoont met deze laatste vorm van evaluatie ("record keeping"), zal uit de gegeven beschrijving duidelijk zijn dat ons onderzoek moeilijk getypeerd kan worden als programma-evaluatie onderzoek. Daarvoor ontbreken teveel essentiële componenten. De opzet van ons onderzoek is niet gericht op het produceren van gegevens die rechtstreeks van betekenis zijn voor de organisatie en het beleid van de GGZ. In dit verband is er bovendien geen overleg geweest met betrokkenen in het veld om vast te stellen op welke vragen een evaluatieonderzoek zich zou moeten richten. Deze conditie wordt door veel auteurs noodzakelijk geacht (Cronbach et al., 1980). Daarnaast gaan we geen aandacht besteden aan "efficiency"- of "impact"-evaluatie. Ook gaan we geen doelstellingenonderzoek uitvoeren; wij houden ons niet bezig met de vraag in hoeverre vooraf geformuleerde instituuts- of individuele doelen bereikt zijn.

Naar ons oordeel draagt ons onderzoek basismateriaal aan ten behoeve van een verdere uitwerking in de zin van programma-evaluatie. Concreet denken wij dat de systematische beschrijving van in de praktijk van alledag verzamelde gegevens een bijdrage zal betekenen. Deze bijdrage zal gelegen zijn in het verkennen van de mogelijkheden dit type onderzoek in de praktijk uit te voeren; de onderzoeker is niet langer degene die een absolute controle heeft over zijn onderzoeksobject. Verder verwachten wij dat het door ons te gebruiken instrumentarium aanbevelingen oplevert voor relevante instrumenten in programma-evaluatieonderzoek.

#### 1.4. ONDERZOEK VAN DE GGZ IN NEDERLAND

Het inventariserend onderzoek dat wij op het oog hebben en waarbij we drie uiteenlopende vormen van hulp zoals die in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening worden aangetroffen, bestuderen door een beschrijving te geven van patiëntkenmerken vooraf aan de behandeling en van het behande-

lingsresultaat, is bij ons weten in Nederland niet eerder gedaan. Blijkens een inventarisatie van lopend psychotherapie onderzoek in Nederland, uitgevoerd door de onderzoeksafdeling van het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid (Aarsen, 1980) lopen er 32 effect- en evaluatieonderzoeken van psychotherapie. Van deze onderzoeken zijn 17 studies door Aarsen geplaatst onder de noemer evaluatieonderzoek in tegenstelling tot correlationeel effectonderzoek (5 studies) en experimenteel effectonderzoek (8 studies). Twee studies blijken niet onder te brengen in de driedeling.

Geen van de 17 evaluatiestudies vertoont enige overeenkomst met onze studie. Alle studies hebben een beperkte vraagstelling; beperkt in die zin dat het onderzoek betrekking heeft op één instituut of één nauwomschreven therapeutische behandeling of één nader omschreven doelgroep. Alle acht experimentele effectstudies betreffen uitsluitend gedragstherapeutische studies; het correlationeel effectonderzoek heeft voornamelijk betrekking op deelprocessen van het psychotherapeutisch proces zoals: motivatie voor psychotherapie, het verband tussen groepsattractie en therapeutgedrag en het verband tussen huwelijksatisfactie en communicatiepatronen.

Aarsen merkt dan ook op dat dit type onderzoek weinig bijdraagt aan de praktijk van de hulpverlening. Hij suggereert dat programma-evaluatie een vruchtbaarder model is voor het produceren van praktijkrelevante gegevens.

Andere beschikbare inventarisaties van lopend en recent afgesloten onderzoek in de GGZ maken in zeldzame gevallen melding van registratieonderzoek, dat dan echter qua opzet en inhoud zozeer verschilt van ons onderzoek, dat er weinig punten van overeenkomst zijn (Van Kerkhof, 1981, 1982). Een voorbeeld hiervan is het Groningse registeronderzoek (Giel & Ten Horn, 1976).

In dit Register Geestelijke Volksgezondheid worden vanaf 31 december 1973 alle contacten met GGZ-instellingen van bewoners van een stedelijke gemeente met + 45.000 inwoners vastgelegd. Het betreft een dertigtal extra-, semi- en intra-

murale GGZ-voorzieningen. Op basis van dit register is het mogelijk te laten zien in welke mate gebruik wordt gemaakt van welke voorzieningen.

Informatie hierover heeft een geringe betekenis voor ons onderzoek, omdat slechts summier informatie wordt gerapporteerd over de aard van de behandelingen bij de genoemde instellingen (Ten Horn & Giel, 1978). Bovendien beperken de onderzoekers het register tot psychiatrische zorg, waarbij het om instellingen gaat waaraan een psychiater verbonden is. Dit laatste criterium dient om de welzijnszorg buiten het register te houden. Omdat omschrijvingen van beide soorten zorg ontbreken, is niet duidelijk in welke mate de drie behandelingsvormen die wij in ons onderzoek bestuderen, overeenkomen met de voorzieningen waarover het registeronderzoek rapporteert.

Er is nog een ander onderzoek dat duidelijk een registratieonderzoek is maar dat eveneens sterk afwijkt van ons onderzoek, te weten dat van De Haen (1982). Dit onderzoek bundelt veel beschikbaar kwantitatief materiaal over de GGZ. Ook hier worden de verschillende voorzieningen genoemd zonder aandacht voor de aard van de behandeling. Uit dit rapport wordt niet duidelijk welke patiënten in welke sectoren van de GGZ psychotherapeutisch behandeld worden. Evenmin gaat dit rapport in op de vraag naar het resultaat van de behandelingen. Bovendien zijn van de ambulante GGZ uitsluitend schattingen beschikbaar.

De cijfers waarop het rapport wel betrekking heeft betreffen administratieve gegevens over de gemiddelde verblijfsduur van de patiënten in intramurale voorzieningen of over de verhouding tussen het aantal ingeschreven en uitgeschreven patiënten bij een bepaalde instelling of voorziening. Verder noemt het rapport cijfers over de beschikbare mankracht, kosten en spreiding van de voorzieningen over regio's.

Een groot probleem bij het krijgen van overzicht is de moeilijke toegankelijkheid van veel Nederlands onderzoek. Wij

hebben de indruk dat het meeste onderzoek wordt gerapporteerd in nota's die slechts op kleine schaal verspreid zijn, zo ze al openbaar zijn.

Ook de recent gestarte registratie in de AGGZ levert onbetrouwbare resultaten op of resultaten die nauwelijks van toepassing zijn op ons onderzoek (De Graaf, 1982). Deze stand van zaken impliceert dat er zeer weinig literatuurgegevens beschikbaar zijn waartegen wij de resultaten van ons eigen onderzoek kunnen afzetten.

Literatuurgegevens afkomstig van onderzoek dat niet rechtstreeks vergelijkbaar is met het onze, zijn vaak echter wel relevant voor onderdelen van ons onderzoek. Zo mogen we verwachten dat demografische karakteristieken niet dezelfde zullen zijn in de drie groepen. Uit psychotherapie-onderzoek is immers bekend dat patiënten uit de midden- of hogere klassen relatief vaker voorkomen in de groep patiënten die psychotherapeutisch behandeld wordt (Garfield, 1980; Beekers, 1982). Deze cijfers wijzen op sociale selectiemechanismen die een rol spelen bij het toedelen van psychotherapeutische faciliteiten (zie ook 1.3.2 en De Swaan et al., 1979). Geen gegevens zijn daarentegen bekend over de demografische karakteristieken van patiënten die met neurotische stoornissen terecht komen in een niet-psychotherapeutische behandeling, in casu een ambulante psychiatrische. Er bestaan hieromtrent wel vermoedens. Algemeen heerst de opinie dat patiënten met een lage sociaal-maatschappelijke status frekwenter door een psychiater behandeld worden. Daarom lijkt het wel aannemelijk dat we verschillen zullen aantreffen in de demografische karakteristieken tussen de psychiatrisch behandelde groep en de psychotherapeutisch behandelde groepen.

Hetzelfde geldt voor sommige karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis en de aard van de klachten, ofschoon hieromtrent ten aanzien van psychotherapie-patiënten al weer minder gegevens beschikbaar zijn. Zo wijzen De Swaan et al. (1979) op het verband tussen de sociaal-maatschappelijke

positie van de patiënt en de wijze waarop hij zijn klachten presenteert. Volgens deze auteurs zullen patiënten uit hogere sociaal-maatschappelijke kringen eerder hun klachten presenteren in termen van relatieproblemen, minderwaardigheidsgevoelens of in soortgelijke termen, terwijl patiënten die in sociaal-maatschappelijk opzicht lager geklasseerd worden vooral psychiatrische en somatische symptomen zullen presenteren. Het is niet ondenkbaar dat dit verschil ook zijn weerslag heeft op verschillen in hulpverleningscarrière tussen patiënten in psychotherapie en patiënten in niet-psychotherapeutische behandelingen.

In het algemeen wordt gesteld dat klinische psychotherapie geïndiceerd is bij de meer ernstig gestoorde patiënten die thuis of elders volkomen vastgelopen zijn ("borderline cases", Bierenbroodspot, 1980). Op grond hiervan kunnen we verwachten dat de twee psychotherapie-groepen zullen verschillen in aard en ernst van hun sociaal dysfunctioneren. De klinische psychotherapiegroep zal vermoedelijk meer ernstige problematische gedragingen rapporteren.

Het effect van psychotherapie lijkt voldoende aangetoond, ofschoon hierover in de literatuur toch nog veel discussie gevoerd wordt (Bergin & Lambert, 1978; Garfield, 1980; Goedhart, 1981). We mogen verwachten dat de twee psychotherapie-groepen op de betreffende onderzoeksinstrumenten positieve veranderingen te zien zullen geven. Wij weten echter niet bij voorbaat of deze veranderingen in de respectieve psychotherapie-groepen identiek zullen zijn. Bij gebrek aan desbetreffende literatuur kunnen we zelfs ten aanzien van de ambulante psychiatrische groep helemaal geen veranderingsprocessen prediceren.

In de voorafgaande paragrafen hebben we de belangrijkste vraag van dit onderzoek al globaal aangegeven: te weten, die naar karakteristieke kenmerken van patiënten in de drie vormen van hulpverlening waarop ons onderzoek betrekking heeft. We hebben twee categorieën van patiëntkenmerken op het oog; we maken derhalve onderscheid in twee subvragen:

1. Welke patiëntkenmerken bij de aanvang van de behandeling zijn karakteristiek voor iedere vorm van hulpverlening?
2. In welke mate zijn karakteristieke veranderingen in patiëntkenmerken aantoonbaar in de respectieve vormen van hulpverlening?

Met het opsporen van patiëntkenmerken die karakteristiek zijn voor iedere behandelingsvorm, krijgen we tevens een antwoord op de vraag naar de variatie in patiëntkenmerken tussen de drie groepen die we in dit onderzoek gaan bestuderen. We spitsen deze vraag naar variatie toe door verschillen tussen de groepen te onderzoeken langs de twee eerder genoemde dimensies: (1) ambulante psychotherapeutische zorg tegenover klinisch psychotherapeutische zorg, en (2) ambulante psychotherapeutische zorg tegenover ambulante psychiatrische zorg.

Deze algemene vragen kunnen verder worden gespecificeerd door uit te gaan van de variabelen die wij in dit onderzoek willen bestuderen (en die wij al kort hebben aangegeven aan het slot van 1.2). De eerste vijf vragen hebben betrekking op patiëntkenmerken aan het begin van de behandeling.<sup>1</sup>

1. Wat zijn de demografische karakteristieken van de patiënten en welke verschillen zijn er in dit opzicht tussen de groepen? (Zie 2.3.1.)

---

1) De aanduidingen van paragrafen achter iedere vraag verwijzen naar de paragrafen in hoofdstuk twee waarin de overeenkomstige operationalisatie van het kenmerk wordt uitgewerkt.

2. Wat zijn de kenmerken van de hulpverleningsgeschiedenis van de patiënten en welke verschillen zijn er in dit opzicht tussen de groepen? (Zie 2.3.2.)
3. Welke klachten presenteren de patiënten en welke verschillen zijn er in dit opzicht tussen de groepen? (Zie 2.3.3.)
4. Wat is de aard en de ernst van het sociaal dysfunctioneren van patiënten en welke verschillen zijn er hieromtrent tussen de groepen? (Zie 2.3.3 en 2.3.4.)
5. Wat is de aard van de percepties van de gezinsomgeving en van de werkomgeving van patiënten en zijn er verschillen tussen de groepen in dit opzicht? (Zie 2.3.5.)

De volgende drie vragen hebben betrekking op patiëntkenmerken aan het einde van de behandeling, op veranderingen in patiëntkenmerken en op de betreffende groepsverschillen.

1. Zijn er veranderingen aantoonbaar in de aard en de ernst van het sociaal dysfunctioneren tussen het begin van de behandeling en het eind van de behandeling? Zijn er tussen de drie groepen verschillen in de aard en in de grootte van die veranderingen?
2. Zijn er veranderingen aantoonbaar in de aard van de waarnemingen van de gezinsomgeving en de werkomgeving tussen het begin van de behandeling en het eind van de behandeling? Zijn er verschillen tussen de groepen in de aard en in de grootte van die veranderingen?
3. Hoe is het oordeel van de patiënt over de behandeling? Zijn er tussen de groepen verschillen in deze tevredenheidsoordelen? (Zie 2.3.6 en 2.3.7.)

De beantwoording van deze vragen bepaalt de indeling van de rapportage van het onderzoek. Na de bespreking van de opzet van het onderzoek in hoofdstuk twee bevat hoofdstuk drie het verslag van de analyses waarmee we proberen de antwoorden op de eerste set van vijf vragen te geven. Hoofdstuk vier bevat de analyses voor de antwoorden op de volgende set van drie vragen. In het laatste vijfde hoofdstuk zetten we alle re-



sultaten naast elkaar. Mede op basis van dit totaaloverzicht trachten we in dat hoofdstuk de plaats van de drie verschillende vormen van hulp te evalueren.

## Hoofdstuk 2

### Opzet van het onderzoek

#### 2.1. INLEIDING

De opzet van het onderzoek ziet er uit als volgt. We observeren patiënten zoals we die aantreffen in de alledaagse praktijk van de GGZ, en waarvan de behandeling karakteristiek genoemd kan worden voor een bepaalde vorm van hulpverlening. De nadruk ligt op de psychotherapeutische hulpverlening binnen de GGZ zodat het grootste deel van de onderzoeksgroep bestaat uit patiënten die psychotherapeutisch behandeld worden. We onderscheiden daarbij twee vormen van psychotherapie: ambulante psychotherapie en klinische psychotherapie. Het onderscheid tussen ambulante psychotherapeutische zorg en ambulante niet-psychotherapeutische zorg (in casu poliklinische psychiatrische zorg) vormt een tweede thema van onze studie.

De observaties betreffen een groep patiënten die behandeld wordt middels ambulante psychotherapie, een groep patiënten die ambulante psychiatrische hulp ontvangt en een groep patiënten die klinisch psychotherapeutisch behandeld wordt. Van alle patiënten in de drie onderzoeksgroepen zijn gegevens verzameld op twee tijdstippen, bij de aanvang van de behandeling en enige tijd daarna, in de meeste gevallen op een moment dat de behandeling is afgesloten. Deze twee meetmomenten maken in de eerste plaats het onderzoek mogelijk van karakteristieken van de patiënten bij aanvang van de be-

handeling en in de tweede plaats, het onderzoek van kenmerken van veranderingen door de gegevens van de twee meetmomenten aan elkaar te relateren.

In dit hoofdstuk bespreken we de karakteristieken van iedere onderzoeksgroep (2.2). We vermelden de aantallen per groep, de overwegingen bij het selecteren van patiënten, de aard en de duur van de behandeling. Extra aandacht geven we aan de groep patiënten met een ambulante psychotherapie omdat deze groep het minst homogeen van samenstelling is met betrekking tot de instituten waaruit deze patiënten zijn gerecruiteerd. Een volgende paragraaf (2.3) bevat een beschrijving van het gebruikte instrumentarium. Een beschrijving van onze werkwijze ten aanzien van de dataverzameling bij de drie groepen vormt het thema van de vierde paragraaf. Aan het slot van dit hoofdstuk doen we verslag van de bruikbaarheid van een aantal van de door ons gehanteerde instrumenten (2.5).

## 2.2. DE ONDERZOEKSGROEP

### 2.2.1. BENADERING VAN INSTITUTEN

De ervaringen die wij hebben opgedaan met het benaderen van instellingen in de GGZ tonen aan hoe moeizaam en tijdrovend het opzetten van inventariserend onderzoek kan verlopen. Het verzamelen van de gegevens heeft plaatsgevonden over een periode van bijna vier jaar: vanaf eind 1976 tot medio 1980.

Om zoveel mogelijk patiënten te werven voor onze onderzoeksgroep hebben wij in eerste instantie contact gezocht met een groot aantal instituten in de GGZ waarvan bekend is dat psychotherapie tot het behandelingspakket behoort. Uit ervaring wisten we dat het erg onwaarschijnlijk is dat we toegang zouden krijgen tot die instellingen waarmee we geen (in)formele contacten hadden. We hebben daarom bestaande contacten met instellingen of met medewerkers van een instelling ge-

bruikt om formeel contact te leggen ten behoeve van het onderzoek. Al langer bestaande informele contacten met een medewerker van een instelling die wij op het oog hadden, waren tevens nuttig voor het krijgen van informatie over de werkwijze van de instelling en over onderzoeksmogelijkheden. Met 29 instellingen zijn contacten gelegd om te komen tot het samenstellen van beide psychotherapiegroepen. De formele contacten bestonden veelal uit gesprekken met het hoofd van een team, later gevolgd door een exposé door de onderzoeker over aard en opzet van het onderzoek. Een vast onderdeel van de contacten met ambulante instellingen was het overleg over de mate waarin de behandelingen van de instelling psychotherapie genoemd konden worden. Een behandeling werd alleen dan beschouwd als een psychotherapeutische behandeling als voldaan was aan een aantal door ons tevoren opgestelde criteria. In de volgende paragraaf (2.2.2) gaan we hier explicieter op in. Bij intramurale instellingen zijn deze criteria veel duidelijker vastgelegd in behandelingsprogramma's zodat bij deze instellingen aan dit onderdeel niet veel tijd is gegeven.

Uiteindelijk is het slechts bij elf instituten gelukt om gegevens te verzamelen. De redenen waarom de overige achtien instellingen niet aan het onderzoek geparticipeerd hebben zijn talrijk. Genoemd moeten worden: weerstand tegen het vrijgeven van gegevens en een te geringe bereidheid zich in te zetten voor het organiseren van adequate condities voor het verzamelen van de gegevens. Ook hebben de ontoereikende administratieve, organisatorische en personele mogelijkheden van sommige instellingen om patiënten in contact te brengen met de onderzoeker een rol gespeeld. Verder zijn administratieve en personele beperkingen van de onderzoeker c.q. de vakgroep zelf in sommige gevallen de oorzaak geweest van geringe mogelijkheden voor het benaderen van instituten en patiënten.

De ambulante psychotherapiegroep bestaat uit patiënten die afkomstig zijn uit negen instituten waarbij telkenmale één

of meerdere medewerkers psychotherapeutisch werkzaam zijn. Deze instituten zijn: drie poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen, twee instellingen uit de tweedelijsgezondheidszorg en twee praktijken van vrijgevestigde psychotherapeuten (één psycholoog en één psychiater). Voorts zijn in het bestand nog enige patiënten opgenomen die in een algemeen ziekenhuis poliklinisch psychotherapeutisch behandeld zijn naar aanleiding van psychosomatische klachten.

De klinische psychotherapiegroep bestaat uit patiënten die afkomstig zijn van twee instituten waarvan het behandelingsprogramma omschreven kan worden als klinische psychotherapie.

De psychiatrische poliklinieken van algemene ziekenhuizen zijn in een latere fase van het onderzoek benaderd. Wij onderzonden van de zijde van de psychiaters goede medewerking. Drie van de vier benaderde instellingen waren bereid mee te werken.

Wij hebben uiteindelijk de beschikking gekregen over de gegevens van 412 patiënten op het tijdstip van voormeting. Uit deze groep zijn 251 patiënten overgebleven waarvan we eveneens gegevens hebben op het moment van nameting. Van de oorspronkelijke groep is dus 39% op het moment van nameting niet meer beschikbaar voor het onderzoek (zie tabel 2.1).

Dit hoge uitvalspercentage creëert mogelijk een situatie waarin de groep patiënten waarvan wel een nameting bekend is andere kenmerken op de voormeting heeft dan de groep patiënten waarvan de nameting niet bekend is. Deze situatie wordt waarschijnlijker als zou blijken dat uitval uit het onderzoek samengaat met uitval uit behandeling op grond van teleurstellende ervaringen daarin. In 2.4.2 komen wij bij de bespreking van de door ons gevolgde wijze van dataverzameling hierop terug.

Het thema van de selectieve nameting gaat een rol spelen in hoofdstuk vier waarin we de verschillen tussen de voor- en nameting behandelen. Vooraf aan dit hoofdstuk zullen we onderzoeken of er verschillen zijn op de voormeting tussen de groep patiënten waarvan we een nameting hebben en de

groep waarvan de nameting ontbreekt.

In de nu volgende paragrafen 2.2.2 tot en met 2.2.4 vermelden we de uitval van elke behandelingsgroep afzonderlijk.

### 2.2.2. DE AMBULANTE PSYCHOTHERAPIEGROEP

De groep patiënten die een vorm van ambulante psychotherapie heeft ontvangen bestaat uit 187 patiënten op het moment van voormeting en uit 104 patiënten bij de nameting. Dit betekent dat van 83 patiënten geen gegevens omtrent de nameting bekend zijn. De reden hiervan kan enerzijds gelegen zijn in het afbreken van de therapie door de patiënt en anderzijds in het niet invullen van de lijsten.

Het aantal patiënten waarbij we niet over een nameting beschikken is in deze groep vergeleken met de andere groepen, procentueel gezien, het hoogst: 44%. Uit tabel 2.1 blijkt overigens dat dit hoge uitvalspercentage ontstaat door de extreem hoge uitval (66%) bij patiënten die behandeld worden door vrijgevestigde psychotherapeuten.<sup>1</sup> De uitvalspercentages van de overige instituten in deze groep liggen allemaal onder het uitvalspercentage van de totale onderzoeksgroep.

Bij het selecteren van de patiënten voor deze groep was het een belangrijk probleem om vast te stellen of de behandeling psychotherapie genoemd kon worden. We zijn pas overgegaan tot het verzamelen van gegevens als therapeut en onderzoeker het eens waren over de volgende omschrijving van psychotherapie:

---

1. Dit extreem hoge uitvalspercentage is het gevolg van de gang van zaken bij één privépraktijk. Alle patiënten van deze praktijk kregen de vragenlijsten na het eerste gesprek ter invulling voorgelegd zodat het aantal voormetingen hoog opliep. De nametingen werden minder frekwent uitgevoerd omdat nogal wat patiënten weigerden, mede op grond van negatieve behandelingservaringen en omdat veel behandelingen werden afgesloten zonder dat de patiënt eraan herinnerd werd lijsten in te vullen.

Tabel 2.1 AANTALLEN PATIENTEN PER PROEFGROEP

AMBULANTE PSYCHOTHERAPIEGROEP	<u>voormeting</u>	<u>nameting</u>	<u>uitval</u> <sup>*)</sup>
Poliklinieken			
psychiatrische ziekenhuizen	55	43	21%
Tweedelijnsinstituten	22	18	18%
Privé-praktijken	96	33	66%
Rest	14	10	29%
TOTAAL	187	104	44%
KLINISCHE PSYCHOTHERAPIEGROEP			
Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis	122	82	33%
Kliniek voor residentiële gedragstherapie	21	15	29%
TOTAAL	143	97	32%
AMBULANTE PSYCHIATRISCHE BEHANDELINGSGROEP			
Polikliniek 1	40	26	35%
Polikliniek 2	13	7	46%
Polikliniek 3	29	17	41%
TOTAAL	82	50	39%
TOTAAL OVER DE DRIE GROEPEN	412	251	39%

\*) Met "uitval" wordt hier bedoeld "uitval uit het onderzoek".

"Alle vormen van hulpverlening die de bedoeling hebben via een meer duurzaam contact met de patiënt te komen tot min of meer structurele veranderingen in de persoonlijkheid en het gedrag van de patiënt. We sluiten derhalve al die vormen van hulpverlening uit die niet de bedoeling hebben te interveniëren via de persoonlijkheidsstructuur (o.a. cognitieve structuur of het bestaande gedragsrepertoire) van de patiënt zelf. Bovendien sluiten we ook die interventies uit die zich *niet* richten op het werken via een duurzaam contact of relatie tussen patiënt en therapeut."<sup>1</sup>

Met duurzame contacten hebben we contacten op het oog gehad waarvan de frekwentie in de buurt ligt van éénmaal per week en die zich over een zekere tijdsperiode uitstrekken. Verder blijkt uit de omschrijving dat we nadruk hebben gelegd op de systematiek in de psychotherapeutische relatie en op de psychologische middelen waarmee gewerkt wordt.

Bij het doornemen van deze richtlijnen met de deelnemende instituten en therapeuten is er op gewezen dat we de gebruikelijke vormen van psychotherapie bedoelen zoals psychoanalyse, gedragstherapie en de meer specifieke vormen zoals rationele therapie of transactionele analyse. Als relevant voor het onderzoek zijn verder genoemd vormen van huwelijks- en echtparentherapie, gezinstherapie, groepstherapie en psychodrama. Ter explicatie werd aangegeven dat deze richtlijnen aansluiten bij gangbare definities in de literatuur (onder andere Van Buul, 1978).<sup>2</sup>

Een patiënt werd meestal gevraagd om medewerking aan het onderzoek nadat de beslissing ten gunste van een psychotherapeutische behandeling was genomen door patiënt en therapeut. Een dergelijke afspraak was dan voorafgegaan door één of meerdere intakegesprekken met de eigen therapeut of een andere intaker. De volgende cijfers bevestigen dit.

Bij 34% van de patiënten in deze onderzoeksgroep is de intake door een andere persoon dan de eigen therapeut verricht. Het aantal sessies voor een intake varieert van geen tot

- 
1. Deze richtlijnen zijn letterlijk overgenomen uit de "Handleiding bij de uitvoering van het onderzoek". Deze handleiding werd gebruikt als leidraad bij het maken van afspraken met potentieel deelnemende instituten.
  2. Deze uitleg is in feite pas naderhand toegevoegd aan de in de tekst vermelde omschrijving van psychotherapie. Op het moment dat het onderzoek voorbereid werd (1976) waren nog weinig ideeën in Nederlandstalige literatuur uitgekristalliseerd over gangbare definities van psychotherapie. Naderhand bleek ons dat de door ons opgestelde omschrijving van psychotherapie maar tot op zekere hoogte overeenkwam met de inmiddels in de literatuur verschenen definities (Blankstein, 1976; Van Buul, 1978; Werkgroep Psychotherapie, Cie Verhagen, 1981). De intentie van onze omschrijving is overigens steeds dezelfde geweest als die van de later opgestelde definities.



vier. Géén intakesessie is opgegeven in 17% van de gevallen; één intakesessie in 39% van de gevallen en twee sessies in 23% van de gevallen. Drie of vier sessies komen slechts voor in 10% van de gevallen. Een intake van meer dan vier sessies komt slechts zeer zelden voor.<sup>1</sup>

Omdat we bij het leggen van de contacten met deze instituten niet geselecteerd hebben op de aard van de toegepaste psychotherapeutische methoden, treffen we in deze groep bijgevolg een zekere diversiteit aan in gangbare technieken en karakteristieken van psychotherapie. De meest voorkomende therapeutische methode is de gedragstherapie (48%). In veel mindere mate komen rogeriaanse en psychodynamische psychotherapieën voor (ieder 20%). Daarna volgen rationele therapie (14%) en gestalttherapie (8%). Psychoanalyse, transactionele analyse en psychodrama werden in een te verwaarlozen hoeveelheid van de gevallen toegepast (1-3%). Wel blijkt ruim 22% van de therapeuten zich niet in een van de genoemde methoden te kunnen vinden. Deze groep plaatst de door hen gehanteerde methode in een categorie "diversen". Uit de percentages blijkt dat verschillende methoden naast elkaar worden gebruikt in één behandeling.

Als we het systeemniveau van de therapie bekijken blijkt individuele therapie in 53% van de gevallen voor te komen, groepstherapie in diezelfde mate. Partnerrelatietherapie is veel minder frekwent toegepast (10%), gezinstherapie komt vrijwel niet in de groep voor.<sup>2</sup>

Een laatste karakteristiek betreft de frekwentie van therapieën waarin personen uit de omgeving van de patiënt op de

- 
1. Kenmerken van de ambulante psychotherapeutische behandeling zoals die in deze paragraaf zijn vermeld, zijn vastgelegd met behulp van een aparte vragenlijst die na afloop van de behandeling aan de therapeut ter invulling is gegeven.
  2. Bij de genoemde karakteristieken van psychotherapeutische behandelingen (psychotherapeutische techniek, niveau van de therapie) was het steeds mogelijk meerdere kenmerken aan te kruisen.

een of andere manier bij de behandeling betrokken zijn geweest zonder dat de therapeut de therapie heeft aangeduid als partnerrelatietherapie of als gezinstherapie. In ruim 20% van de gevallen wordt in dit verband de partner genoemd, in bijna 10% wordt als zodanig het totale gezin vermeld.

De gemiddelde behandelingsduur blijkt achteraf ruim acht maanden te zijn. Hierbij moeten we aantekenen dat de mediaan van de frekwentieverdeling van de behandelingsduur zes maanden is. Dit verschil tussen het gemiddelde en de mediaan wijst er op dat een aantal patiënten veel langer dan acht maanden in behandeling was. Zo blijkt dat na een jaar ruim 80% van de patiënten hun behandeling heeft afgesloten; na 18 maanden is dat percentage tot 90% gestegen. De langste behandelingsduur die we hebben opgetekend is drie jaar. De standaardafwijking van deze verdeling is dan ook hoog te noemen: ruim zeven maanden.

Voor een aantal therapeuten was het vaststellen van het tijdstip waarop een behandeling als afgesloten moest worden beschouwd zeer moeilijk te bepalen. Slechts bij minder dan de helft van de therapieën in deze groep is de behandeling afgesloten zonder verdere afspraken of verdere verwijzing. In ruim 20% van de gevallen is er wel sprake van afsluiting met afspraken omtrent (onregelmatige) contacten. Ook is in 16% van de gevallen sprake van afsluiting met een verdere verwijzing naar andere behandelingsvormen. Bovendien blijkt één op de vijf patiënten eenzijdig en, naar het oordeel van de therapeut voortijdig, het contact te hebben verbroken.

Het opvallende aan deze cijfers is dat eruit blijkt dat het afsluiten van een ambulante psychotherapeutische behandeling in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening geen eenduidige aangelegenheid is. Als we daarnaast bedenken dat de duur van de behandelingen erg uiteenloopt, waarbij overigens een groot deel van de patiënten kortdurend behandeld wordt, dan mogen we betwijfelen of een doorsnee psychotherapeutische behandeling in de alledaagse praktijk van de GGZ eigenlijk wel bestaat. Een implicatie hiervan is in elk ge-

val dat psychotherapie in de praktijk niet veel overeenkomst vertoont met het beeld dat we van psychotherapie krijgen bij het lezen van de therapeutische modellen in de handboeken. Een verdere implicatie hiervan is dat nader (registratie)-onderzoek gewenst is naar het karakter van de psychotherapeutische hulp in de praktijk van de GGZ.

### 2.2.3. DE KLINISCHE PSYCHOTHERAPIEGROEP

Deze groep bevat 143 patiënten waarvan de gegevens bij de voormeting bekend zijn en 97 patiënten waarvan ook de gegevens op het moment van nameting aanwezig zijn. Dit betekent dat we in deze groep van 32% van de patiënten geen gegevens over de nameting hebben. De twee instituten waaruit patiënten voor deze groep zijn gerecruteerd, ontlopen elkaar niet veel in deze uitvalspercentages (zie tabel 2.1).

Het eerste instituut is een instituut voor residentiële gedragstherapie. De groep patiënten van de klinische psychotherapiegroep die uit dit instituut afkomstig zijn ( $n=21$ ), is daar gemiddeld twee tot drie maanden opgenomen geweest. Binnen een daarvoor gereserveerde onderzoeksperiode van drie maanden werd aan alle patiënten die in dit instituut werden opgenomen, gevraagd aan het onderzoek mee te doen.

Het tweede instituut, waaruit het merendeel van de patiënten van deze klinische psychotherapiegroep afkomstig zijn ( $n=122$ ), is een (experimentele) psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. De gemiddelde opnameduur op deze psychiatrische afdeling is acht weken. Ook hier is aan alle nieuwe patiënten die gedurende een bepaalde onderzoeksperiode van vijf maanden werden opgenomen, gevraagd aan het onderzoek mee te werken. De opzet van deze psychiatrische afdeling is die van een therapeutische gemeenschap. De afdeling is gesplitst in twee subafdelingen. Eén subafdeling richt zich op de acute opname, waarbij een zorgvuldige intake niet mogelijk is en waar minder sprake is van een gerichte psychotherapeutische aanpak. De andere subafdeling richt zich op patiënten

die na een uitgebreide intake van een dag geplaatst worden (behandelingscentrum). De meeste patiënten voor ons onderzoek zijn afkomstig uit dit behandelingscentrum waar een systematische psychotherapeutische behandeling wordt toegepast (n=86). Vervolgens is er een categorie patiënten die vanuit het opnamecentrum doorgestuurd zijn naar het behandelingscentrum (n=20). Blijft over een groep patiënten die enkel op het opnamecentrum zijn gebleven (n=16). Wij hebben deze laatste groep patiënten niet uit de klinische psychotherapiegroep verwijderd omdat het in alle gevallen patiënten betreft die meerdere weken (in elk geval langer dan twee weken) op dit centrum verbleven en daarom toch allerlei psychotherapeutische contacten hebben gehad.

Het spreekt vanzelf dat het merendeel van de patiënten van deze groep na ontslag uit de kliniek aangemeld worden bij ambulante instellingen voor nazorg. Van de groep patiënten afkomstig uit de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis is 44% naar een ambulante behandeling verwezen. Bij de andere klinische instelling werden alle patiënten via een standaardprocedure op het moment van ontslag verwezen naar ambulante instellingen.

#### 2.2.4. DE GROEP MET EEN AMBULANTE PSYCHIATRISCHE BEHANDELING

De patiënten uit deze groep zijn alle patiënten die in behandeling zijn op een polikliniek voor psychiatrie van een algemeen ziekenhuis. Deze groep is kleiner dan de beide psychotherapiegroepen. Bij de voormeting zijn er 82 patiënten beschikbaar in deze groep, bij de nameting is dat aantal gedaald tot 50. Vergeleken met de andere onderzoeksgroepen is het aantal patiënten waarvan we geen nameting hebben, in een percentage uitgedrukt, aan de hoge kant: 39%.

Bij het selecteren van patiënten voor deze onderzoeksgroep zijn patiënten met bepaalde symptomen of diagnostische categorieën uitgesloten. Het betreft dan symptomen of diagnostische categorieën waarvan redelijkerwijs vaststaat dat deze

niet zonder meer in aanmerking kunnen komen voor psychotherapeutische behandelingen; ofwel omdat de categorie vrijwel niet voorkomt bij patiënten in psychotherapie (neurologische stoornissen of mentale retardatie), ofwel omdat een bepaalde categorie op het vlak van de hulpverlening speciale maatregelen vereist (psychotici, verslaving). De opzet van deze maatregelen is om deze steekproef niet al te zeer te laten afwijken wat betreft aard van de problematiek van de twee eerder besproken proefgroepen. In 3.4 komen we hierop terug.

De patiënten voor deze onderzoeksgroep zijn gerecruteerd uit drie poliklinieken van algemene ziekenhuizen waar de behandelende psychiaters geen gebruik maakten van vormen van psychotherapie zoals bedoeld in 2.2.1. Alle patiënten in deze groep hebben kortdurende contacten gehad met de behandelende psychiater of assistent daarvan. De frekwentie van deze contacten is erg wisselend; de trend is éénmaal per maand of minder. De contacten kenmerken zich door het voeren van korte gesprekken en het voorschrijven van psychofarmaca.

Van degenen die tijdens de onderzoeksperiode de behandeling hebben afgesloten (18 van de 50) is de gemiddelde behandelingsduur  $5\frac{1}{2}$  maand. De overige patiënten zijn op het tijdstip van nameting gemiddeld elf maanden in behandeling.

### 2.3. INSTRUMENTEN

De instrumenten waarmee de gegevens in dit onderzoek zijn verzameld, zijn ingevuld door patiënten, therapeuten en interviewers. Bij het begin en bij het einde van de behandeling is de patiënt geïnterviewd door een lid van het onderzoeksteam. Direct na dit interview vulde de patiënt, in het bijzijn van de interviewer, de voor hem bestemde lijsten in. Enkele gegevens zijn door therapeuten ingevuld, zowel bij het begin als bij het einde van de behandeling. Eén lijst diende bij het begin van de behandeling gezamenlijk door patiënt en therapeut te worden ingevuld.

Het interviewteam bestond uit de onderzoeker zelf, psychologen en een pedagoog; verder studenten in de psychologie en in de geneeskunde. Deze interviewers waren niet op de hoogte van (therapie)gegevens over de patiënt.

### 2.3.1. DEMOGRAFISCHE KARAKTERISTIEKEN<sup>1</sup>

Met behulp van een door de patiënt in te vullen lijst "Demografische karakteristieken" wordt gevraagd naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsniveau, bron van inkomsten en beroepssituatie. Het opleidingsniveau is naderhand door het onderzoeksteam uitgewerkt met behulp van categorieën die zijn ontleend aan de Beroepenklapper van het ITS in Nijmegen (1975). De lijst wordt ingevuld tijdens een gesprek dat de patiënt heeft met een lid van het onderzoeksteam bij het begin van de behandeling.

### 2.3.2. KARAKTERISTIEKEN VAN DE HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS

Bij het begin van de behandeling wordt door de therapeut een korte vragenlijst "Hulpverleningsgeschiedenis" ingevuld. Deze vragenlijst inventariseert gegevens over: (1) verwijzende instanties, (2) duur van de hulpverleningshistorie van het actuele probleem waarvoor de patiënt in behandeling komt, (3) duur, aantal en recentheid van de psychiatrische opnames in het verleden, (4) de aanwezigheid van psychotherapeutische contacten onmiddellijk voorafgaand aan de huidige behandeling, (5) aantal psychotherapieën verder terug in het verleden, (6) aantal eerdere pogingen tot psychotherapeutische contacten in het verleden, (7) soorten hulpverleners waarmee de patiënt in het verleden voornamelijk contacten heeft gehad.

---

1. In zijn oorspronkelijke vorm bevatte deze lijst nog andere vragen die betrekking hadden op karakteristieken van de leefomgeving van de patiënt (ouderlijk gezin, eigen gezin, schoonfamilie, vrienden en kennissen, werkomstandigheden, vrijetijdsactiviteiten). Deze gegevens zijn uit het onderzoek gelaten omdat achteraf de samenstelling ervan als onvoldoende beoordeeld is.

Verder zijn nog gegevens verzameld over de contacten van personen in de directe leefomgeving van de patiënt met hulpverleningsinstanties in de sfeer van geestelijke gezondheidszorg. Deze lijst is voorgelegd aan de therapeut omdat we de verwachting hadden dat deze persoon vanuit begeleidende dossiers de gevraagde informatie sneller ter beschikking zou hebben.

### 2.3.3. KLACHTENLIJST<sup>1</sup>

Voor het inventariseren van de klachten waarvoor de patiënt behandeld wil worden hebben wij een instrument "Klachtenlijst" ontworpen. Bij het begin van de behandeling overleggen de patiënt en de therapeut welke klachten dat zijn. Voor dat overleg is een aantal instructies geformuleerd. Het mogen maximaal drie klachten zijn; er kan ook volstaan worden met het noemen van één of twee klachten.<sup>2</sup> De geformuleerde klachten dienen een samenvatting te zijn van de problematiek waarvoor de patiënt komt. Tegelijkertijd dienen de klachten te verwijzen naar een doelstelling van de behandeling. Het gaat vooral om die klachten waarvan de patiënt verwacht dat er in therapie aandacht aan besteed zal worden. De therapeut krijgt expliciet de instructie mee de eigen bewoordingen van de patiënt in het verslag van dit overleg weer te geven.

Nadat de klachten op de genoemde wijze zijn vastgesteld geeft de therapeut een oordeel over de ernst van iedere klacht. De ernst wordt bepaald door de mate waarin een klacht de patiënt verhindert toe te komen aan de gewone dagelijkse bezigheden. In dit verband zijn enige criteria geformuleerd die de therapeut kunnen helpen om zijn keuze te bepalen:

1. Deze lijst staat uitgewerkt in Bijlage 1.
2. Voor het maximum van drie te noteren klachten is gekozen op basis van literatuuraanwijzingen: Battle et al. (1966) spreken in drie kleine onderzoekjes over een gemiddeld aantal "target complaints" van 2,2; 2,8 en 1,5; Sloane et al. (1975) gaan uit van maximaal drie klachten, de invulling resulteerde steeds in drie klachten per patiënt. De instructie in beide onderzoeken geeft naar alle waarschijnlijkheid aanleiding tot de verschillen in aantallen.

de duur van de klacht gerekend vanaf het tijdstip waarop de klacht zich voor het eerst openbaarde, het tijdstip waarop de klacht voor het laatst ervaren is en het tijdstip waarop de patiënt zich voor het laatst op zijn gemak voelde in situaties waarin de klacht zich doorgaans manifesteert.

De schaal bestaat uit vijf scoringsmogelijkheden: "ernstig" (score vijf) verwijst naar het geheel niet toekomen aan dagelijkse bezigheden, "vrij ernstig" betekent dat niet alle dagelijkse bezigheden geblokkeerd zijn, maar wel veel en zeker een aantal specifieke bezigheden. Voorts vormen "mild", "in geringe mate aanwezig" en "afwezig" (score één) de resterende scoringsmogelijkheden.

Voor deze procedure is gekozen in navolging van de eerder genoemde studies van Sloane et al. (1975) en Battle et al. (1966). Beide studies leggen de nadruk op de mogelijkheid de spontaan door de patiënt verwoorde individuele klachten en doelstellingen op te tekenen zodat voor het bepalen van het resultaat niet verwezen hoeft te worden naar globale of voor de individuele patiënt irrelevante criteria. Vandaar de benaming "target complaints" (Battle et al.) of "target symptoms" (Sloane et al.).

Een voordeel van deze procedure is tevens dat de eigen bewoordingen van de patiënt het uitgangspunt vormen bij het inventariseren van klachten. De bedoeling hiervan is een inventarisatie van klachten te krijgen zonder tussenkomst van psychiatrische classificaties of duidingen vanuit theoretische voorkeuren van de therapeut. Door het letterlijk overnemen van door de patiënt geformuleerde klachten hopen wij te vermijden dat de zeer uiteenlopende theoretische uitgangspunten zoals die waarschijnlijk bestaan bij de hulpverleners in de onderzochte groepen, een zo belangrijke rol gaan spelen bij het benoemen van klachten dat het vergelijken van klachten over de deelnemende instellingen heen onmogelijk wordt.



De studie van Battle et al. geeft aanwijzingen omtrent de betrouwbaarheid en validiteit van deze procedure. De verbeteringsscores van de patiënt ten aanzien van "target complaints" bleken op een significant niveau te correleren met vier andere resultaatmetingen. Vervolgens bleek de stabiliteit van de waarneming van de patiënt van zijn hoofdklachten bevredigend; tenslotte bleek een schatting van de vergelijkbaarheid van "target complaints" die gerapporteerd waren aan twee verschillende interviewers, eveneens zeer bevredigend.

De classificatie van de klachten hebben we gebaseerd op een tweetal overwegingen uit de literatuur. De studie van Battle et al. geeft als suggestie alle symptomen of klachten samen te voegen die onder dezelfde condities optreden ofwel alle condities samen te voegen waarin een bepaalde klacht optreedt. Dit om de vergelijkbaarheid van opsommingen te vergemakkelijken, zeker als vooraf geen enkele suggestie daartoe in de instructie aan de patiënt wordt gegeven.

Verder is de classificatie die Sloane et al. hanteren van belang. Deze onderzoekers classificeren elke klacht driemaal. Elke classificatie is gebaseerd op een andere indelingsmogelijkheid: de context van het symptoom, het type symptoom en de vorm van het symptoom (cognitief, emotioneel, gedragsmatig of fysiologisch). De eerste twee indelingsmogelijkheden hebben wij gebruikt als basis voor onze classificatie van klachten. De indeling van Sloane et al. heeft wel model gestaan voor onze categorieën maar is niet letterlijk overgenomen.

Wij hebben onze categorieën zelf ontwikkeld door ongeveer 100 genoteerde klachten inhoudelijk te bekijken op mogelijke overeenkomsten en verschillen. Uit deze inhoudsanalyse hebben wij acht categorieën afgeleid voor het indelen van de klachten op basis van de situationele context, en zes categorieën waarmee het type klacht geclassificeerd kon worden (zie voor een uitwerking van deze categorieën 3.4.1).

Deze categorieën bleken te volstaan voor het classificeren

van alle klachten die verzameld zijn met de Klachtenlijst.

Het classificeren zelf is tot stand gekomen door een gezamenlijke beslissing van de onderzoeker en twee, aan het onderzoek verbonden medewerkers. Dubieuze of moeizaam tot stand gekomen beslissingen van het team werden genoteerd met de bedoeling toekomstige classificatieproblemen met een zekere konsekwentie te benaderen.

De invulling van de Klachtenlijst geschiedt door de therapeut. De instructies bij de lijst zijn steeds met de therapeut doorgesproken. Ondanks de instructie, zoveel mogelijk uit te gaan van de eigen bewoordingen van de patiënt, bleken toch allerlei systematische variaties op te treden in de manier waarop een klacht wordt geformuleerd. Opvallend was de uniformiteit waarmee sommige behandelaars de klachten noteren. Dit leidt tot de veronderstelling dat het contact met een bepaalde behandelaar konsekventies heeft voor de wijze waarop de patiënt zijn klachten definieert. We trekken uit deze observatie in elk geval de voorlopige conclusie, dat de oorspronkelijke doelstelling van de Klachtenlijst - het inventariseren van de oorspronkelijke bewoordingen van de patiënt - niet helemaal bereikt is.

#### 2.3.4. INTERVIEW TER METING VAN SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN<sup>1</sup>

Dit interview is een door ons gemaakte Nederlandse vertaling van een gedeelte van het Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (S.S.I.A.M., Gurland et al., 1972).<sup>2</sup>

- 
- 1) Zie bijlage 2 voor een omschrijving van alle 45 items en een voorbeeld van een item.
  - 2) De oorspronkelijke SSIAM bevat naast een specifiek gedeelte ook nog een ander algemeen gedeelte bestaande uit (1) een oordeel van de interviewer omtrent de mate van stress in de betreffende sociale omgeving dat op dat moment in het interview aan de orde is, (2) oordelen van de interviewer over de prognose van de patiënt, (3) oordelen van de interviewer over positieve aspecten van de patiënt zoals de presentatie van de patiënt in het interview en mogelijke capaciteiten. De items uit dit algemeen gedeelte zijn weggelaten omdat ze buiten

De SSIAM meet aspecten van sociaal dysfunctioneren in een vijftal afzonderlijke gebieden (werk, sociaal leven en vrije tijd, ouderlijk gezin, eigen gezin of partner en seksualiteit). In elk gebied komen twee aspecten aan de orde waarin sociaal dysfunctioneren zich kan manifesteren: gedragingen en gevoelens. De zes items die in elk gebied betrekking hebben op gedragingen, benadrukken het overte karakter van de vormen van sociaal dysfunctioneren. Dit in tegenstelling tot de resterende drie items die, per gebied, uitsluitend de sterkte van de gevoelens van de persoon registreren.

De SSIAM wordt afgenomen door middel van een interview met de patiënt. De interviewer scoort het antwoord van de patiënt naar aanleiding van een vraag zoals die vermeld staat in de lijst. Leidt het antwoord niet tot voldoende inzicht bij de interviewer om te kunnen scoren, dan kan de interviewer volgens bepaalde instructies doorvragen. De lijst biedt derhalve een schema ten behoeve van een semi-gestructureerd interview.

Per vraag zijn er elf scoringsmogelijkheden, variërend van afwezigheid van dysfunctioneren (score 1) tot een toestand van totaal dysfunctioneren (score 11). Totaal dysfunctioneren wordt door de samenstellers van de lijst nader omschreven als de meest ernstige vorm van problematisch gedrag die gebruikelijk is in de populatie van patiënten die normaliter terecht komen in een psychotherapeutische behandeling (Gurland et al., 1972, p.260).

Van de elf mogelijke scores waaruit de interviewer kan kiezen bij het scoren van het antwoord van de patiënt op één item, zijn vijf scores nader omschreven. De overige zes scores waarover de interviewer de beschikking heeft, liggen boven en onder de gedefinieerde scoremogelijkheden.

De keuze voor dit instrument is gebaseerd op twee motieven:

---

het kader van dit onderzoek vallen. Bovendien vereisen deze items een oordeel van de interviewer in tegenstelling tot de 45 specifieke items die gebaseerd zijn op datgene wat de geïnterviewde aan informatie verstrekt (Gurland et al., 1972, p. 262).

(1) de wens om het klachtenpatroon van de patiënt zo breed mogelijk te inventariseren en (2) de overeenstemming tussen de onderzoekstraditie van de SSIAM en onze theoretische uitgangspunten voor deze studie zoals wij die in 1.1 geformuleerd hebben. Naast de inventarisatie van specifieke klachten in de Klachtenlijst, biedt de SSIAM mogelijkheden het dagelijks functioneren van de patiënt te onderzoeken in twee verschillende uitingsvormen, namelijk gedragingen en gevoelens, en wel op vijf verschillende terreinen (werk, huwelijk, etc.).

Deze situationele bepaaldheid van sociaal dysfunctioneren is steeds het wezenlijk kenmerk geweest van de onderzoekstraditie waaruit de SSIAM is voortgekomen (Parloff et al., 1954; Miles et al., 1951). In deze traditie is sociaal dysfunctioneren steeds uitgewerkt als normatief bepaald omdat in elke omgeving (mogelijk andere) normen en verwachtingen bestaan omtrent het dysfunctionele karakter van gedragingen en gevoelens. In tegenstelling tot andere schalen die in deze onderzoekstraditie zijn ontworpen en gebruikt, bijvoorbeeld de "Normative Social Adjustment Scale", is een mogelijk nadeel van de SSIAM dat de algemeen geldende opvattingen omtrent (dys)functioneren per situatie niet geoperationaliseerd worden. De normatieve overwegingen die voorafgaan aan de, in de SSIAM gehanteerde, definities van onaangepastheid blijven achterwege. Invulling geschiedt dus op basis van "common-sense"-opvattingen omtrent sociaal dysfunctioneren. Deze liggen bij sommige items nog wel voor de hand, maar bij andere items zijn zij niet duidelijk. Ondanks deze beperkingen hebben wij voor de SSIAM gekozen, mede omdat het instrument beschikbaar was. Andere soortgelijke instrumenten, waaronder de genoemde "Normative Social Adjustment Scale" (Barrabee et al., 1955), waren moeilijk verkrijgbaar.

Een methodologische verdediging van de SSIAM is gegeven door Weissman (1975). Het gestructureerde karakter, de wijze van scoren en de begeleidende instructies verhogen volgens deze auteur de nauwkeurigheid van het instrument. De schaal is specifiek ontworpen voor ambulante hulpvragers en voor het bepalen van therapieresultaten.<sup>1</sup>

Het thema van dit instrument is het sociaal dysfunctioneren van de patiënt buiten de therapiesituatie. Om een zo zuiver mogelijke indruk te krijgen van dit functioneren hebben wij besloten de meting ervan ook zoveel mogelijk onafhankelijk van de therapeutische situatie uit te voeren. Deze beslissing hield in dat niet de therapeut de SSIAM zou gaan afnemen. Zelfs is er naar gestreefd de afname van het interview niet over te laten aan iemand die verbonden was aan het instituut waar de patiënt onder behandeling was. Hierdoor kon ook voor de patiënt geen twijfel bestaan over de bedoeling van de SSIAM: praten over aspecten van het sociaal functioneren zonder daarbij de aanstaande of achterliggende therapeutische situatie te betrekken. Met deze werkwijze wilden wij garanties creëren dat het gesprek over het sociaal functioneren niet overschaduwd zou worden door opvattingen en verwachtingen van patiënt en therapeut over de therapeutische situatie en met name over de in die situatie gepresenteerde klachten.

Het was derhalve noodzakelijk te gaan werken met een team van interviewers dat geen enkele binding had met de instituten waarmee wij samenwerkten en dus ook geen inzicht kon hebben of krijgen in de aard en resultaten van de behandelingen. Ten behoeve van interviews met patiënten afkomstig uit de groep met ambulante psychotherapie zijn doctoraalstudenten in de klinische psychologie en de onderzoeker zelf als interviewers opgetreden. Patiënten uit de klinische psychotherapiegroep zijn geïnterviewd door studenten in de geneeskunde in het kader van hun wetenschappelijke stage. Dit team stond steeds onder supervisie van een doctoraalstudent klinische psychologie die gedurende een langere periode aan het project verbonden was en daardoor voor continuïteit in het afwickelen van het onderzoek kon zorgen.

De patiënten in de groep met ambulante psychiatrische behandeling zijn steeds geïnterviewd door een afgestudeerd klinisch psycholoog en een afgestudeerde orthopedagoog die aan

---

1) Weissman (1975) noemt in een overzicht van technieken ter meting van sociaal dysfunctioneren vijftien instrumenten.

het project waren verbonden in het kader van een T.A.P.-regeling (Tijdelijke Arbeidsplaats).

Alleen in de ambulante psychotherapiegroep zijn we gedwongen geweest de helft van de interviews te laten afnemen door personen die wel aan het behandelingsinstituut waren verbonden, namelijk testassistenten. Bij sommige instellingen was het namelijk niet mogelijk konsekvent vast te houden aan onze onderzoekswensen waarbij de vaststelling dat deze testassistenten geen directe therapeutische contacten onderhielden met patiënten alsnog een eindweegs tegemoet komt aan onze wensen.<sup>1</sup>

Naast de organisatorische problemen die het formeren van een dergelijk team van interviewers oplevert, werden we gesteld voor een methodisch probleem. Het was namelijk niet mogelijk een inter-raterbetrouwbaarheid te bepalen. Garanties voor een toereikende betrouwbaarheid in die zin waren echter wel nodig, omdat we de variantie in scores op dit instrument wilden toeschrijven aan relevante variaties in psychologische en andere kenmerken van proefpersonen en niet aan het feit dat twee verschillende interviewers het interview hadden afgenomen. Procedureel gezien zou de beste werkwijze zijn geweest meerdere interviewers eenzelfde patiënt te laten interviewen. Of een andere variant: eenzelfde persoon alle interviews laten uitvoeren (Gurland et al., 1972; Sloane et al., 1975). Om praktische redenen zijn deze wijzen van werken niet haalbaar gebleken.

Wel hebben wij een aantal garanties ingebouwd met de bedoeling de betrouwbaarheid van de scoring te optimaliseren. Alle interviewers (in totaal 21) hebben een training gevolgd, gegeven door de onderzoeker en ervaren leden van het onderzoeksteam. Het doel van de training was de aanstaande interviewers vertrouwd te maken met de handleiding zoals die was opgesteld

---

1) Uit de werkwijze wordt overigens wel duidelijk dat het gegeven dat uiteenlopende interviewers zijn gebruikt contamineert met de verscheidenheid in onderzoeksgroepen. Er zijn zeer weinig interviewers geweest die interviews hebben afgenomen in meerdere onderzoeksgroepen.

door de oorspronkelijke auteurs en die door ons was vertaald. In deze training is vooral aandacht geschonken aan het onderscheid tussen gedragsitems en belevingsitems. Een tweede doel was de bevordering van een eenduidige scoringswijze. Wij lieten daartoe verschillende deelnemers aan de training eenzelfde patiëntverhaal beluisteren en scoren. Daarna werd overleg gepleegd over eventueel afwijkende scores van de deelnemers.

Vervolgens is in de training geprobeerd te komen tot afspraken omtrent een gedragslijn in veel voorkomende dubbelzinnige situaties. Een dergelijke gedragslijn is voornamelijk ontwikkeld door de onderzoeker en doctoraalstudenten naar aanleiding van intervisiegesprekken op basis van ervaringen met de eerste interviews. Deze ervaringen en de daaruit geresulteerde afspraken zijn op schrift gesteld en gebruikt in daaropvolgende trainingen.

Bij de toewijzing van interviews aan interviewers is er in het bijzonder op gelet dat zo weinig mogelijk proefpersonen bij de nameting dezelfde interviewer als bij de voormeting kregen toegewezen. Bovendien is er in alle gevallen voor gewaakt, dat de interviewers niet op de hoogte waren van verloop en afloop van de behandeling: steeds moest in het nametingsgesprek met een patiënt de SSIAM als eerste onderdeel worden afgewerkt zodat de interviewer geen kennis kon hebben van de antwoorden van de patiënt op andere vragenlijsten, die in dit gesprek aan de orde kwamen.

## 2.3.5. DE WAARNEMING VAN GEZINS- EN WERKOMGEVING

### 2.3.5.1. Achtergronden van de keuze

Zoals gesteld in 1.1 huldigen wij de opvatting dat problematische gedragingen en ervaringen samenhangen met de perceptie van de patiënt van het psychosociale klimaat van zijn omgeving. Deze samenhang is onderdeel van het wederkerig verband tussen het individu en zijn omgeving. Een persoon is tegelijkertijd de initiator van de omgeving alsook het object van de omgeving (Kazdin & Wilson, 1979). Volgens deze auteurs

is een gevolg van deze visie dat de invloed van de omgeving altijd uitgeoefend wordt via cognitieve processen. Deze processen bepalen aan welke omgevingsinvloeden door de persoon aandacht wordt geschonken, hoe deze invloeden worden waargenomen en in welke mate de omgeving in staat is gedrag te sturen (Kazdin & Wilson, 1979; p.4-5).

Voor het psychologisch onderzoek van de samenhang tussen omgevingskenmerken en (dysfunctionele) gedragingen is de studie van cognitieve variabelen die betrekking hebben op de waarneming door het individu van kenmerken van de omgeving derhalve een belangrijk onderdeel. In deze studie gaan we na in welke mate de cognitieve variabelen, zoals gemeten door de twee omgevingslijsten, van betekenis zijn voor een beter inzicht in patiëntkenmerken en veranderingen daarin.

Een belangrijke exponent van het psychologisch denken over de rol van de sociale omgeving is Moos (1973). Wij bespreken deze auteur omdat de twee vragenlijsten voor het meten van de waarnemingen van de gezins- en werkomgeving vertalingen zijn van de door hem ontwikkelde Family Environment Scale (FES) en de Work Environment Scale (WES, Moos, 1974).<sup>1</sup>

Moos heeft studie gemaakt van de waargenomen omgeving. Hij hanteert de term "psychosociaal klimaat" van een omgeving. Deze term wijst op psychologische en sociale karakteristieken van een omgeving zoals algemene normen, waarden, oriëntaties, opvattingen en gebruikelijke gedragspatronen van individuen. Moos beschouwt de waargenomen omgeving niet als een persoonlijkheidsvariabele omdat hij het gemiddelde van de waarnemingen van alle individuen in een omgeving omtrent de aan- of afwezigheid van genoemde karakteristieken hanteert als maat

---

1)In eerste instantie zijn de Amerikaanse lijsten in het Nederlands vertaald door de onderzoeker. De Nederlandse versie is vervolgens door een tweede persoon terugvertaald in het Engels. De twee Engelse versies zijn vergeleken door een Amerikaan. Onduidelijkheden zijn vervolgens gecorrigeerd in de Nederlandse versie door de onderzoeker.



voor het omgevingsklimaat. Deze maat is vervolgens het uitgangspunt voor zijn onderzoeken.

Desondanks heeft Moos wel oog voor het verband tussen het psychosociale klimaat van een omgeving zoals dat door een individu wordt waargenomen en het functioneren van dat individu in die omgeving (Moos, 1974, 1975; Insel & Moos, 1974). Hij bestudeert in dit verband de samenhang tussen aspecten van problematische gedragingen en kenmerken van het psychosociale klimaat van gezin en werk. Een voorbeeld vormt gezinstherapie waarbij het oorspronkelijke onderscheid in psychosociaal klimaat van het gezin zoals waargenomen door vader, moeder, zoon of dochter een belangrijke rol speelt bij de aanvang van de behandeling. Na afloop van de behandeling blijken opgetreden positieve veranderingen in gedragsstoornissen gerelateerd te zijn aan verschuivingen in de waarnemingen van het psychosociaal gezinsklimaat door de verschillende gezinsleden in de richting van een grotere samenhang (Fuhr & Moos, 1977; Fuhr, Moos & Dishotsky, 1978).<sup>1</sup>

Dit voorbeeld maakt duidelijk, dat de waarneming van de gezinsomgeving opgevat kan worden als een cognitieve variabele, die relevant kan zijn bij de studie van veranderingen in patiëntkenmerken door toedoen van hulpverlening.

#### 2.3.5.2. De Gezins- en Werklijst<sup>2</sup>

De Gezinslijst en de Werklijst bevatten elk tien dimensies van elk negen items. Alle negen items van iedere dimensie worden opgeteld tot een somscore; deze somscore varieert van nul tot negen. In totaal zijn derhalve twintig somscores beschikbaar.

De hoogte van de somscore geeft aan in welke mate, naar het oordeel van de invuller uiteenlopende aspecten van één

1. In een geannoteerde bibliografie heeft Moos veel onderzoek waarin gebruik is gemaakt van de F.E.S. en de W.E.S. bij elkaar gezet (Moos, 1979). Uit verschillende andere studies die daarin zijn vermeld blijkt dat er verbanden bestaan tussen de kenmerken van gedragsstoornissen en een ongunstige perceptie van het psychosociale klimaat van de omgeving.
2. Zie bijlage 3 voor een beschrijving van de subschalen en voorbeelden van items.

dimensie karakteristiek zijn voor die omgeving. Een hoge somscore betekent dat de omgeving veel aspecten van die bepaalde dimensie vertoont. Bijvoorbeeld: een somscore van zeven op de dimensie "cohesie" uit de Gezinslijst betekent dat iemand zevenmaal een uitspraak heeft onderschreven die aangeeft dat het psychosociaal klimaat cohesief is. Het bevestigen van zeven van de negen items geeft aan dat de persoon het gezinsklimaat veelal cohesief vindt.

Van belang voor een toelichting op deze twee lijsten is het volgende. Moos heeft de lijsten zo samengesteld dat in elke lijst telkenmale drie thema's terugkeren waaronder de omgeving wordt bekeken. Het *eerste* thema is de aard en de intensiteit van de persoonlijke relaties binnen een omgeving. Hierbij gaat het om de mate waarin personen op elkaar zijn betrokken, steun geven aan elkaar en elkaar helpen.

Dimensies die verwijzen naar persoonlijke ontwikkeling vormen het *tweede* thema. Centraal staan hierin elementen die groei en bevordering van zelfachting ("self-esteem") impliceren.

Het *derde* en laatste thema heeft betrekking op systeemhandhaving of systeemverandering. Bedoeld zijn die dimensies, welke aangeven in hoeverre een omgeving duidelijk gestructureerd is wat betreft verwachtingen, of in welke mate elementen in een omgeving aanwezig zijn die controle uitoefenen of veranderingen stimuleren (Insel & Moos, 1974).

In elke lijst worden deze gemeenschappelijke thema's anders uitgewerkt, afhankelijk van het type omgeving. Zo kent de Werklijst vijf dimensies die betrekking hebben op kenmerken van systeemhandhaving of systeemverandering, terwijl de Gezinslijst slechts twee dimensies bevat die op dit patroon betrekking hebben. Daarentegen zijn de dimensies die vallen onder de gemeenschappelijke noemer "persoonlijke ontwikkeling" ruimer vertegenwoordigd in de Gezinslijst dan in de Werklijst.

Tijdens een gesprek van de patiënt met een lid van het onderzoeksteam zijn de twee lijsten door de patiënt zelf ingevuld.

In de instructie bij de lijsten is de gezinssituatie gedefinieerd als de groep van die personen waarmee de patiënt dagelijks eet en onder één dak de nacht doorbrengt. Voor het merendeel van de proefpersonen zal deze omschrijving betrekking hebben op de eigen gezinssituatie, al of niet met kinderen. Voor een ander deel verwijst deze omschrijving naar de situatie van het ouderlijk gezin. Voor een derde categorie proefpersonen zal de omschrijving verwijzen naar woonverbanden in de sfeer van studentenhuizen en dergelijke.<sup>1</sup>

De werksituatie is in de instructie gedefinieerd als alle situaties waarin mensen werkzaam zijn in het kader van een gehele of gedeeltelijke dagtaak. Hiertoe rekenden we ook huisvrouwen die buitenshuis werkten, studenten of scholieren en personen in de ziektewet waarbij de kans op terugkeer in de oude werksituatie reëel geacht kon worden.

#### 2.3.6. VERBETERINGSSCORES<sup>2</sup>

Met dit instrument beogen we de verbetering of verslechtering van de patiënt vast te leggen zoals beoordeeld door de therapeut en de patiënt zelf. De therapeut en de patiënt geven ieder onafhankelijk van elkaar acht oordelen: drie oordelen over de klachten die vooraf aan de behandeling zijn geformuleerd, en vijf oordelen over veranderingen in dezelfde vijf gebieden die ter sprake zijn gebracht in de SSIAM; te weten werk, sociaal leven en vrije tijd, ouderlijk gezin, eigen gezin en sexualiteit. De oordelen worden gegeven met behulp van

- 
- 1) In twijfelgevallen zijn nog drie condities geformuleerd waaraan voldaan moet zijn wil de lijst betrekking hebben op een gezinssituatie: (1) de gezinssituatie is in alle gevallen die situatie die de patiënt als belangrijkste referentiegroep beschouwt, (2) de contacten tussen de patiënt en die referentiegroep moeten zeer frekwent zijn, (3) de referentiegroep moet actueel, in ruimte en tijd, functioneren als een eenheid (dat wil zeggen er moet sprake zijn van een bestaande gezinsstructuur). Deze condities gelden uitsluitend daar waar het actuele dagelijkse gezinsmilieu niet aanwezig is en zonder bovenstaande drie overwegingen besloten moet worden tot het niet invullen van de 90 vragen die op het gezin betrekking hebben.
  - 2) Zie bijlage 4 voor een beschrijving van de lijsten.

een dertienpuntsschaal lopend van "in zeer sterke mate verslechterd" (score 13) over "niet veranderd" (score 7) naar "volmaakt afwezig" (score 1). Deze dertienpuntsschaal is ontleend aan Sloane et al. (1975).

### 2.3.7. THERAPIE BEOORDELINGSLIJST<sup>1</sup>

Met deze vragenlijst willen we na afloop van de behandeling vastleggen hoe de patiënt oordeelt over een aantal aspecten van de behandeling die hij zojuist heeft afgesloten. Deze vragenlijst (in het vervolg steeds aangeduid met TBL, Therapie Beoordelingslijst) bestaat uit 32 items. Elementen voor deze lijst zijn ontleend aan publicaties van Strupp, Wallach & Wogan (1964); Strupp, Fox & Lessler (1969) en Cartwright (1975). Een gedeelte van de Client Posttherapy Questionnaire (CPQ), die in genoemde bronnen is gebruikt en besproken, is door ons vertaald. Daarnaast is een aantal zelf samengestelde items toegevoegd aan de lijst.

Vijf clusters van items uit de CPQ zijn rechtstreeks vertaald: (1) emotionele "warmte" van de therapeut, (2) mate van verandering die de patiënt ervaart, (3) hoeveelheid verandering die duidelijk is voor anderen, (4) belangstelling of respect van de therapeut die de patiënt ervaart, (5) intensiteit van de emotionele ervaring (Strupp et al., 1969, p.191 e.v.).

Deze vijf gebieden bevatten 20 van de 32 items. De overige 12 items hebben wij zelf toegevoegd: (6) een groep items over de leefwereld buiten de therapeutische situatie vergeleken met de situatie binnen de therapie, (7) drie items betreffende de wens tot verlenging van de therapie en (8) twee items met als thema het aanbevelen van therapie aan andere mensen.

Een aantal van deze 12 items is geïnspireerd door niet rechtstreeks vertaalde items uit de CPQ. In alle acht groepen is het mogelijk een somscore te bepalen. In een volgende para-

---

1) Zie bijlage 5 voor een beschrijving van deze lijst.

graaf bespreken we de betrouwbaarheid van deze acht somscores (2.5). Vooruitlopend op de resultaten van deze betrouwbaarheidsanalyse, hanteren we in het vervolg van ons onderzoek vijf scores die voldoende betrouwbaarheid bezitten: (1) een oordeel over de warmte van de therapeut, (2) een oordeel over de mate van verandering die de patiënt ervaart, (3) een oordeel over de hoeveelheid verandering die duidelijk is voor anderen, (4) een oordeel omtrent de wens de therapie te verlengen, en (5) een oordeel over de mate waarin de therapie aanbevolen kan worden aan anderen.

#### 2.4.1. WERKWIJZE

Bij het begin van de behandeling zijn drie instrumenten aan de patiënt voorgelegd: (1) Demografische karakteristieken, (2) de SSIAM en (3) de Gezins- en Werklijst. Al deze instrumenten zijn ingevuld in een bijeenkomst van de patiënt met een van de leden van het onderzoeksteam. Tijdens dit gesprek werd steeds de SSIAM als eerste lijst afgenomen. Daarna volgden de overige twee lijsten. De duur van het gesprek was variabel afhankelijk van de mate waarin de vragen uit de SSIAM, de Gezinslijst en de Werklijst van toepassing waren op de betreffende patiënt. Bij een volledige invulling van de lijsten duurde dit gesprek circa twee uur.<sup>1</sup>

In dezelfde periode dat dit gesprek plaatsvond vulde de therapeut twee vragenlijsten in: (1) Karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis en (2) de Klachtenlijst.

Als de behandeling was afgesloten werd de patiënt geconfronteerd met vier instrumenten: (1) voor de tweede maal de SSIAM

---

1) Een groot gedeelte van de tijd werd besteed aan de SSIAM. Wij streefden er naar dit interview te beperken tot één uur, hetgeen niet zelden te kort bleek. Deze tijdsduur heeft ons verrast omdat de oorspronkelijke ontwerpers vaststelden dat de totale afnameduur van de 60-items-tellende lijst rond de dertig minuten ligt. Vermoedelijk is deze kortere afnameduur te wijten aan het grote aantal proefpersonen dat ongehuwd is of zonder partner in de steekproef van de samenstellers, zodat twee van de vijf gebieden (huwelijk en sexualiteit) niet besproken werden (Gurland et al., 1972).

en (2) eveneens voor de tweede keer de Gezins- en Werklijst, (3) Verbeteringsscores en (4) de Therapie Beoordelingslijst. Ook deze vier lijsten zijn aan de orde gesteld tijdens een gesprek van één van de leden van het onderzoeksteam met de patiënt. De toewijzing van leden van het onderzoeksteam aan patiënten voor het houden van het nametingsgesprek is gedaan op basis van toeval. Dit heeft tot gevolg gehad dat slechts zeer weinig patiënten eenzelfde lid van het onderzoeksteam hebben ontmoet zowel bij nameting als voormeting. Deze gang van zaken hebben wij bewust nagestreefd om meer zekerheid te hebben, dat rapportages van veranderingen niet beïnvloed zouden worden door factoren die samenhangen met het feit dat een patiënt tweemaal dezelfde persoon tegenover zich ziet.

Als het gesprek tussen een lid van het onderzoeksteam en de patiënt uitliep - wat vooral bij het nametingsgesprek nogal eens voorkwam - zijn vragenlijsten mee naar huis gegeven. Nooit echter de Gezinslijst omdat wij ervan verzekerd wilden zijn dat gezinsleden thuis niet zouden kunnen interfereren met de invulling van deze lijst door de patiënt zelf. Ook in dit gesprek is er voor gezorgd dat het interview het eerste onderdeel van het gesprek was. Op deze wijze hadden wij de garantie dat kennis van de afloop van de behandeling - waarover de onderzoeker informatie krijgt na invulling door de patiënt van de Verbeteringsscores en de Therapie Beoordelingslijst - geen rol zou spelen bij het scoren van het interview.

Eveneens bij het afsluiten van de behandeling vulde de therapeut twee lijsten in: (1) het restant van de Klachtenlijst en (2) zijn versie van de Verbeteringsscores (zie ook tabel 2.2).

De tijdsduur tussen de voor- en nameting is niet identiek voor de verschillende onderzoeksgroepen. Dit is een gevolg van de uiteenlopende tijdsperioden waarin zich de uitvoering van het onderzoek heeft afgespeeld. Het onderzoek is gestart met het verzamelen van de gegevens bij patiënten die aan het

begin stonden van een ambulante psychotherapie (najaar 1976). De aanvankelijke opzet was, de periode tussen voormeting en nameting over te laten aan de feitelijke duur van de behandeling. Aan dit principe hebben we uitsluitend vastgehouden bij het verzamelen van gegevens in het kader van de ambulante psychotherapiegroep. Het handhaven van dit principe bij de andere twee groepen zou tot gevolg hebben gehad dat het onderzoek erg langdurig en bovendien organisatorisch nog complexer zou zijn geworden dan het al was.

Bij het tot stand komen van de periode tussen voormeting en nameting bij de ambulante psychotherapiegroep hebben twee onverwachte ervaringen een rol gespeeld. In de eerste plaats was het onmogelijk nauwkeurig een tijdstip te bepalen waarop een ambulante psychotherapie als afgesloten moet worden beschouwd. Het bleek niet uitvoerbaar met verschillende therapeuten uniforme afspraken te maken over het tijdstip waarop een behandeling wordt afgesloten, omdat hierover zeer veel verschillende opvattingen bestaan. Vervolgens hebben wij geconstateerd dat er in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening spectaculaire verschillen bestaan in duur van een doorsnee ambulante psychotherapie. Dit betekende in feite dat het verzamelen van gegevens ten behoeve van de ambulante psychotherapiegroep is doorgegaan tot in het najaar van 1979.

Met het verzamelen van de gegevens bij de klinische psychotherapiegroep zijn we gestart in het najaar van 1977 voor wat betreft de patiënten die werden opgenomen in de kliniek ten behoeve van residentiële gedragstherapie. Op de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis zijn de gegevens verzameld in de periode die loopt van najaar 1978 tot medio 1979.

Op grond van de zojuist geschetste ervaringen met de uitvoering van het onderzoek bij ambulante psychotherapiepatiënten hebben wij bij de klinische groep gekozen voor een voor alle patiënten identieke spanne tijds tussen voormeting en nameting. Aanvankelijk heeft nog de gedachte meegespeeld dat het wenselijk zou zijn deze periode zodanig te kiezen dat deze

Tabel 2.2. HERKOMST VAN DE VERSCHILLENDE GEGEVENS

		<u>voormeting<sup>2</sup></u>			<u>nameting</u>		
		1	2	3	1	2	3
Demografische karakteristieken <sup>1</sup> :	patiënt	x	x	x			
Karakteristieken van de hulp- verleningsgeschiedenis:	therapeut interviewer	x	x	x			
Klachtenlijst: aard van de klachten:	therapeut interviewer	x	x	x			
ernst van de klachten:	therapeut interviewer	x	x	x	x	x	x
SSIAM	interviewer	x	x	x	x	x	x
Gezins- en Werklijst:	patiënt	x	x	x	x	x	x
Tevredenheidsoordelen:							
	verbeteringsscores therapeut				x	x	
	verbeteringsscores patiënt				x	x	x
	oordelen behandeling TBL patiënt				x	x	x

- 1) Bij elke vragenlijst staat aangegeven wie de gegevens levert: patiënt, therapeut of interviewer.
- 2) De cijfers 1, 2 en 3 verwijzen naar de drie onderzoeksgroepen: 1 = ambulante psychotherapiegroep, 2 = klinische psychotherapiegroep, 3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep.

globaal zou overeenkomen met de betreffende periode in de ambulante psychotherapiegroep. Dat was om velerlei redenen niet mogelijk, onder andere omdat op het tijdstip dat dit beslist moest worden veel behandelingen in de ambulante psychotherapiegroep nog niet afgesloten waren, zodat de gemiddelde duur niet nauwkeurig genoeg bepaald kon worden. Ook is overwogen de nametingen in de klinische groep te verrichten nadat de ambulante behandelingen, die veelal volgden op de klinische opnamen, waren afgesloten. Wij hebben hiervan afgezien omdat het opsporen van patiënten, verspreid over allerlei instituten, een enorme organisatie vereist zou hebben.

De gemiddelde opnameduur van de patiënten op de psychiatri-



sche afdeling van het algemeen ziekenhuis was twee maanden. In de kliniek voor residentiële gedragstherapie was de gemiddelde opnameduur drie maanden. We hebben besloten drie resp. twee maanden na ontslag de nameting te doen zodat de periode tussen voor- en nameting vijf maanden is. Bij deze beslissing heeft ook de overweging meegespeeld dat patiënten pas dan kunnen oordelen over hun omgeving en over hun sociaal functioneren daarin als ze enige tijd in die omgeving aanwezig zijn geweest na ontslag uit het ziekenhuis.

De dataverzameling bij de ambulante psychiatrische behandelingsgroep is de laatste fase geweest in de uitvoering van het onderzoek (eind 1979-eind 1980). Ook hier hebben we er niet naar gestreefd de nameting samen te laten vallen met het moment dat een behandeling werd afgesloten. Tien tot twaalf maanden na de voormeting heeft de nameting plaatsgevonden. Wij hebben gekozen voor een iets langere periode in vergelijking met de andere groepen om er zeker van te zijn dat in deze periode meerdere contacten konden plaatsvinden tussen de behandelend psychiater en de patiënt. De frekwentie van contacten bedroeg voor de patiënten in deze groep immers éénmaal per maand of minder.

Uit de voorafgaande beschrijving van de opzet zal al duidelijk zijn geworden, dat de uitvoering van het onderzoek op veel momenten is aangepast aan de mogelijkheden die de praktische omstandigheden toelieten of vereisten. Bovendien hebben wij in de loop van het onderzoek lering getrokken uit onze ervaringen.

Zo hebben we in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep afgezien van de invulling van de betreffende lijsten door de behandelende psychiaters, omdat het in de andere twee onderzoeksgroepen inmiddels duidelijk was geworden hoe moeilijk het was om therapeuten te houden aan hun toezegging om hun deel van de gegevens te leveren.

De Klachtenlijst, de Hulpverleningsgeschiedenislijst en de

Verbeteringsscores zijn ingevuld door een lid van het onderzoeksteam tijdens zijn gesprek met de patiënt.<sup>1</sup> Om de duur van dit gesprek enigszins acceptabel te houden is besloten alleen verkorte versies van de SSIAM, de Gezinslijst en de Werklijst aan de patiënt aan te bieden.<sup>2</sup> In het interview zijn de gebieden "ouderlijk gezin" en "sexualiteit" niet ter sprake gebracht; van elke dimensie van de Gezins- en Werklijst zijn in plaats van negen slechts vier items ingevuld. De reden voor deze beperking vormde de beperkte tijdsduur die wij ter beschikking hadden voor het contact met de patiënten in deze groep. Met de deelnemende psychiaters was namelijk afgesproken zowel de voormeting als de nameting te beperken tot anderhalf uur.

Een andere aanpassing van de uitvoering van het onderzoek aan de bestaande mogelijkheden betrof het tijdstip van de nameting in de ambulante psychotherapiegroep. Ook in deze groep zijn we uiteindelijk niet in staat gebleken in alle gevallen de nameting samen te laten vallen met het moment waarop de behandeling werd afgesloten. Deze beslissing hebben wij moeten nemen omdat wij veelvuldig geconfronteerd werden met de situatie dat er al geruime tijd geen contacten meer hadden plaatsgevonden tussen therapeut en patiënt zonder dat de behandeling door het instituut of therapeut als afgesloten aan ons was gemeld. In dit soort gevallen hebben we toch een nameting afgenomen ook als er enige tijd verstreken was sinds het laatste contact tussen therapeut en patiënt. Wij hebben daarbij een grens aangehouden van drie maanden. Als patiënten gedurende een periode langer dan drie maanden geen contact had-

- 1) Wij hebben in deze groep de ernst van de klachten en de Verbeteringsscores die de therapeut zou moeten invullen, weggelaten. Het laten scoren van deze lijsten door de interviewer heeft niet veel betekenis. De interviewer heeft geen kennis van de afloop van de behandeling anders dan die welke de patiënt hem zojuist heeft verteld. Zijn oordeel zou daarmee te zeer met het patiëntoordeel overeenkomen.
- 2) Deze verkorte versie is overeenkomstig suggesties van de auteur (Moos, 1974). Teneinde naderhand de gegevens van deze groep te kunnen vergelijken met de overige groepen is steeds de somscore met 9/4 vermenigvuldigd (zie 2.5.2).

den gehad met hun therapeut, is geen poging ondernomen alsnog een nameting af te nemen. Deze gang van zaken vormt één van de redenen waarom wij van een betrekkelijk groot aantal patiënten geen nameting hebben, met name in de ambulante psychotherapiegroep.

#### 2.4.2. UITVAL UIT HET ONDERZOEK

Het aantal patiënten waarvan we wel een voormeting, maar geen nameting hebben, is groot te noemen (zie tabel 2.1). Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te geven. Hierboven, in de vorige paragraaf, hebben we al beschreven dat de onderzoeker in sommige gevallen niet tijdig op de hoogte werd gebracht van het afsluiten van een therapie. Deze discrepantie tussen het tijdstip waarop een patiënt administratief wordt uitgeschreven en de datum van het laatste contact tussen therapeut en patiënt is in een ander onderzoek eveneensesignaleerd en vormt daar een probleem voor doelmatige registratie (Bayer, 1983).

Andere, eerder genoemde redenen waarom een nameting niet tot stand kwam, zijn: (1) patiënten weigeren mee te doen omdat de therapeutische behandeling in hun ogen teleurstellend is verlopen, en (2) patiënten zijn na afloop van de behandeling minder gemotiveerd om tijd ter beschikking te stellen voor het invullen van vragenlijsten en het beantwoorden van vragen. De volgende drie redenen kunnen hieraan nog worden toegevoegd: (1) de therapeut kwijt zich niet of maar ten dele van zijn afspraak betreffende de lijsten; (2) het instituut adviseerde ons geen contact op te nemen met de patiënt vanwege de te verwachten grote belasting daarvan voor de patiënt; (3) het onderzoeksteam besloot, na overleg met de therapeut geen contact op te nemen omdat de conditie van de patiënt te slecht was (suicidepoging; hernieuwde opname na ernstige verslechtering van het toestandsbeeld). Het is ons gebleken, dat het in het algemeen moeilijk is een goed overzicht te krijgen van motieven van de patiënt om niet deel te

nemen aan een nameting. Veelal tastten wij omtrent de motieven in het duister omdat er met een patiënt geen contact mogelijk was voor een nameting.

Omdat we niet precies de redenen weten waarom we van sommige patiënten geen nameting hebben, is het moeilijk een beeld te krijgen van de betekenis van de grote uitval uit het onderzoek. Het kan zijn dat uitval uit het onderzoek samengaat met een door de patiënt of de therapeut voortijdig afgebroken behandeling. Het is ook mogelijk dat een behandeling succesvol is afgerond maar dat een nameting om administratieve of andere redenen niet is uitgevoerd of onbruikbaar is, bijvoorbeeld door een te groot tijdsbestek tussen de afsluiting van de behandeling en het moment van nameting. Een andere mogelijkheid is, dat een patiënt geen medewerking wilde geven aan de nameting omdat de behandeling teleurstellend was verlopen ofschoon hij wel voltooid was.

Een opeenstapeling van situaties waarbij geen nameting tot stand is gekomen wegens teleurstelling in de behandeling zou tot gevolg kunnen hebben dat de nametingen in ons onderzoek relatief frekwenter betrekking hebben op die patiënten, waarbij de behandeling voorspoedig is verlopen. Het is niet uitgesloten dat deze patiënten met nameting op de voormeting in gunstige zin afwijken van de patiënten zonder nameting. De studie van verschillen tussen voor- en nametingen zou hierdoor vertekende resultaten kunnen opleveren (hoofdstuk vier). Voor de analyses van de voormetingen heeft dit vanzelfsprekend geen consequenties (hoofdstuk drie). We zullen daarom aan het begin van hoofdstuk vier dit thema nader onderzoeken door op de voormeting de respectieve groepen patiënten met en zonder nameting onderling te vergelijken.

## 2.5. HOMOGENITEIT EN BETROUWBAARHEID VAN DRIE LIJSTEN

Het onderzoek bevat drie instrumenten die uit het Engels zijn vertaald: (1) de Gezins- en Werklijst, (2) het SSIAM-interview ter meting van sociaal dysfunctioneren en (3) de Therapie Beoordelingslijst. Bij het gebruik van deze vertaalde versies kunnen we niet terugvallen op bestaande Nederlandse gegevens omtrent betrouwbaarheid en validiteit. Bovendien zijn de lijsten door ons niet voorgelegd aan representatieve steekproeven zodat we niet kunnen beschikken over een normering van de ruwe scores.

Van de Amerikaanse versie van de Gezins- en Werklijst en van de SSIAM zijn wel Amerikaanse gegevens over normering, betrouwbaarheid en validiteit bekend, maar de betekenis hiervan voor de Nederlandse versie is gering. Er zijn geen gegevens bekend over de meer gebruikelijke betrouwbaarheidscoëfficiënten zoals die berekend kunnen worden uit een test-hertestonderzoek of uit een onderzoek met een parallelle testvorm. Voorts ontbreken gegevens over de predictieve validiteit van de twee lijsten. Met name de waarneming van het gezin en van het werk door de andere leden van het betreffende gezin en werk zijn bij de Gezins- en Werklijst van belang als criteriumscores.

Hoewel we er niet in geslaagd zijn de betrouwbaarheid en de validiteit van de Gezins- en Werklijst op een adequate wijze te onderzoeken, hebben we binnen de grenzen van het mogelijke aandacht besteed aan de itemconsistentie en de begripsvaliditeit van deze twee lijsten. Om toch nog iets over de begripsvaliditeit van de twee vragenlijsten te kunnen zeggen, hebben wij deze voorgelegd aan een groep proefpersonen die geen beroep hebben gedaan op de geestelijke gezondheidszorg. Deze groep heeft weliswaar het nadeel dat zij in geen enkel opzicht representatief genoemd kan worden voor de populatie niet-hulpvragers - zelfs komt deze groep qua demografische achtergrond overeen met onze ambulante psychotherapiegroep zoals uit 2.5.1

zal blijken - toch worden de gegevens over deze groep gerapporteerd, omdat de verschillen tussen deze groep en elk van de drie oorspronkelijke hulpvragersgroepen duidelijk en consistent blijken te zijn.

We hebben deze rapportage geplaatst in hoofdstuk drie aansluitend aan de analyses van de verschillen tussen de drie hulpvragersgroepen onderling op deze twee lijsten.

We hebben de scores van de groep niet-hulpvragers op deze twee lijsten tevens gebruikt om, samen met de scores van de groep hulpvragers de itemconsistentie van de Gezins- en Werklijst te onderzoeken. De in elke lijst aanwezige structuur van tien dimensies nodigt uit om de homogeniteit van de negen items, waaruit elke dimensie is samengesteld, te onderzoeken.

Met betrekking tot de SSIAM achten wij het ontbreken van gegevens over de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid een nadeel. Ook zouden gegevens over de predictieve validiteit van de SSIAM de waarde van dit instrument in ons onderzoek hebben verhoogd. Het ontbreekt ons bijvoorbeeld aan kennis van de mate van overeenkomst tussen de rapportage van de patiënt over zijn sociaal dysfunctioneren en de rapportages daaromtrent van personen uit zijn directe leefsfeer.

Het materiaal bevat overigens een aanwijzing dat interviewers geen essentiële bron van variantie vormen (Baart, 1982). De inhoud van de negen items waaruit ieder gebied van de SSIAM is opgebouwd is zo uiteenlopend dat naar ons oordeel het gebruik van een somscore voor elk gebied niet wenselijk is. In 2.5.2 doen we verslag van een onderzoek naar de itemconsistentie van elk SSIAM-gebied afzonderlijk om te toetsen of deze opvatting gerechtvaardigd is.

Tenslotte is de interne consistentie van de items van de TBL van belang omdat de lijst is samengesteld vanuit een dimensionele structuur. We willen de items van elke dimensie optellen en met de zo verkregen somscore verder werken. Om dit verantwoord te kunnen doen moeten de items van één dimen-

sie wel intern consistent zijn. Om deze consistentie te bepalen hebben we een homogeniteitscoëfficiënt berekend.

#### 2.5.1. DE GEZINSLIJST EN DE WERKLIJST

Behalve over de scores van de drie groepen hulpvragers op de Gezins- en Werklijst beschikken we ook over de scores van een groep niet-hulpvragers. Bij het berekenen van de item-consistentie zullen we gebruik maken van alle beschikbare scores met uitzondering van de scores van de groep met een ambulante psychiatrische behandeling omdat deze patiënten slechts een gedeelte van de lijst invulden (zie 2.4).

Betreffende de groep niet-hulpvragers het volgende. Het gaat om proefpersonen waarvan we aannemen dat deze geen contacten hebben met psychotherapeutische of psychiatrische hulpverlening. Het betreft studenten van een tweetal instituten die opleiden tot middelbare aktes in de pedagogiek. De opleiding bestond in het ene instituut uit een schriftelijke opleiding (PBNA) en in het andere instituut uit een avondopleiding. De schriftelijke opleiding kent, verspreid over het studiejaar, enkele responsiebijeenkomsten waardoor het mogelijk was de cursisten de vragenlijsten uit te reiken met toelichting.

De groep bevat een iets hoger percentage vrouwen dan mannen (58% - 42%); de leeftijd is gemiddeld 28 jaar, het merendeel is gehuwd, de opleiding ligt in hoofdzaak boven het MAVO-niveau en de meeste personen zijn werkzaam.

De gemiddelde scores van deze groep op de twee lijsten worden in hoofdstuk 3 besproken; we verwijzen hierbij naar 3.6 en naar de figuren 3.22 (Gezinslijst) en 3.23 (Werklijst).

De analyse die wij hebben gebruikt om de interne consistentie van de items van elke dimensie van de Gezins- en Werklijst te bepalen staat bekend onder de naam Rasch-analyse (Fischer, 1979; Van de Wollenberg, 1979). Deze analyse is gebaseerd op hernieuwde meettheoretische overwegingen, die afwijken

van die bij de meer conventionele betrouwbaarheidsanalyses. In het model dat aan deze analyse ten grondslag ligt (het zogenoemde Rasch-model) komt het klassieke betrouwbaarheidsbegrip dan ook niet meer voor. Toch zijn drie van de vijf axioma's waaruit het Rasch-model is afgeleid op te vatten als karakteristieken van een groep items die intern consistent zijn; te weten (1) monotonie, (2) uni-dimensionaliteit en (3) toereikendheid van de som van het aantal "juist" of "ja"-antwoorden als een schatting van de dimensie. Daarnaast zijn er nog twee axioma's die min of meer specifiek zijn voor het Rasch-model: dichotomie van de itemantwoorden en lokaal stochastische onafhankelijkheid, dat wil zeggen dat de associatie tussen de items volledig verklaard wordt door de dimensie. De essentie van de Rasch-analyse bestaat uit een toetsing van de toepasbaarheid van het model op de betreffende scores. Een bevestiging betekent dat de axioma's van het model van toepassing zijn waarmee de interne itemconsistentie wordt aangetoond.

De essentie van het Rasch-model wordt weergegeven met de term specifieke objectiviteit. Als het model opgaat dan is het mogelijk uitspraken over items te doen die onafhankelijk zijn van de steekproef van subjecten (steekproef onafhankelijkheid) en uitspraken over subjecten te doen die onafhankelijk zijn van de steekproef van items. Het Rasch-model is een mathematische uitwerking van dit objectiviteitscriterium. Het model karakteriseert ieder item door middel van slechts één moeilijkheidsparameter en ieder subject door middel van slechts één (vaardigheids)parameter. De begrippen moeilijkheid en vaardigheid dienen vanzelfsprekend ruim te worden opgevat, afhankelijk van het type vragenlijst waarop de parameters van toepassing zijn.

Het analyseprogramma RADI (Van de Wollenberg, 1979; Raaijmakers & Van de Wollenberg, 1979)<sup>1</sup> voert twee taken uit: (1) schatting van de parameters voor items en voor subjecten en (2) toetsing in hoeverre het model opgaat voor de data. De toetsing geschiedt op twee manieren. In de eerste plaats



wordt nagegaan in hoeverre steekproef-onafhankelijkheid kan worden aangetoond: twee groepen subjecten, bijvoorbeeld hoog en laag scorende subjecten, moeten dezelfde item-parameters opleveren ( $Q_1$ -toets). Daarnaast wordt getoetst in hoeverre de data de axioma's van uni-dimensionaliteit en lokaal stochastische onafhankelijkheid schenden ( $Q_2$ -toets).

$Q_1$  en  $Q_2$  zijn  $\chi^2$ -verdeelde grootheden en kunnen als zodanig geïnterpreteerd worden. Blijkt het model niet op te gaan voor de data dan spreken we over items die niet Rasch-homogeen zijn. De  $Q_1$  en  $Q_2$  waardes zijn samengesteld uit de afzonderlijke bijdragen van elk item. Hierdoor is het mogelijk die items te localiseren die de duidelijkste schendingen van het model veroorzaken. Verwijdering van die items kan resulteren in een subset van items waarop het model wel van toepassing is. Het uitsluiten van items ten behoeve van de uiteindelijke somscore kan evenwel niet onbeperkt doorgaan, zonder het karakter van de dimensie en daarmee de structuur van de schaal buiten beschouwing te laten. Als de totale groep van negen items niet (Rasch-)homogeen bleek te zijn, hebben wij maximaal twee items verwijderd. Als dan nog geen homogeniteit aangetoond kon worden met behulp van de resterende zeven items, is de analyse afgebroken. De conclusie is in zo'n situatie dat wij niet in staat zijn geweest bij die bepaalde groep items een Rasch-homogene itemstructuur aan te tonen. De somscores van deze dimensies zijn in verdere analyses gebaseerd op de oorspronkelijke negen items.

Wij hebben ook bij alle items onderzocht in hoeverre de drie onderzoeksgroepen uit ons onderzoek vergelijkbare item-parameters opleverden ( $Q_1$ -toets). Het bleek dat deze procedure minder scherp toetste. Vandaar dat we een strenger criterium voor het aantonen van steekproef-onafhankelijkheid (in casu hoog en laag scorende subjecten) hebben aangehouden.

- 
- 1) De Raschanalyses zijn uitgevoerd met het programma RADI; Programma for the dichotomous Rasch model, Keyword version 1980. Dit programma is ondergebracht in de KUNST-bibliotheek (Katholieke Universiteit Nijmegen Statistische Toepassingsprogramma's). De auteur is Dr. v.d. Wollenberg, de programmeur is M. Raaijmakers.

Met het oog op het handhaven van de totale Gezins- en Werklijst hebben wij de dimensies waarbij we geen Rasch-homogene itemstructuur hebben kunnen aantonen, niet willen uitsluiten van verdere analyses. De interpretatie van de resultaten van deze analyses hebben we overwegend gebaseerd op de dimensies die Rasch-homogeen zijn. De somscores van dimensies die wel Rasch-homogeen zijn gebleken, zijn uiteraard gebaseerd op die items die tot de homogeniteit hebben bijgedragen.<sup>1</sup>

Uit tabel 2.3 blijkt dat drie dimensies van de Gezinslijst niet homogeen zijn: "onafhankelijkheid", "oriëntatie op actieve recreatie" en "controle". De overige dimensies vertonen een homogene itemstructuur, zij het na verwijdering van enige items uit de oorspronkelijke itempool. De dimensie "prestatie-oriëntatie" is de enige dimensie waar alle negen items een homogene structuur vertonen.

De analyses van de dimensies van de Werklijst (zie tabel 2.4) vertonen een iets ander beeld. Slechts bij vijf dimensies is het mogelijk een homogene itemstructuur aan te tonen. In vergelijking met de Gezinslijst zal de Werklijst derhalve met meer omzichtigheid in verdere analyses gehanteerd moeten worden.

---

1) Voor alle duidelijkheid wijzen wij er op dat het in deze analyses steeds gaat om de scores, tijdens de voormeting verzameld, van alle proefpersonen uit de ambulante psychotherapiegroep, de klinische psychotherapiegroep en de groep niet-hulpvragers. Voor de Gezinslijst zijn deze aantallen 371, voor de Werklijst 296.

Tabel 2.3. RESULTATEN VAN DE RASCH-ANALYSES

## GEZINSLIJST

	aantal items <sup>1</sup>	aantal proefpersonen <sup>2</sup>	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	aantal vrijheidsgraden		significantie <sup>3</sup>	
					Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>
cohesie	7	228	8.55	29.95	6	28	ns	ns
expressiviteit	7	293	10.60	36.99	6	28	ns	ns
conflict	8	329	15.58	49.96	7	40	ns	ns
onafhankelijkheid	9	351	56.21	191.11	8	54	s	s
prestatie-oriëntatie	9	329	13.94	60.47	8	54	ns	ns
intellectueel culturele oriëntatie	8	349	14.07	49.96	7	40	ns	ns
oriëntatie op actieve recreatie	9	357	25.85	134.33	8	54	s	s
moreel-religieuze nadruk	7	319	12.75	40.66	6	28	ns	ns
organisatie	8	348	9.98	57.53	7	40	ns	ns
controle	9	347	27.09	109.41	8	54	s	s

1. Het aantal items dat is aangehouden voor het berekenen van de somscores ten behoeve van verdere analyses.
2. Aantal proefpersonen waarop de Q<sub>1</sub> en Q<sub>2</sub>-waarden zijn berekend. De analysemethode (Van de Wollenberg, 1980) sluit bij deze berekening alle proefpersonen uit die een somscore "nul" of "k" hebben. (k = aantal items).
3. "ns" impliceert dat het Rasch-model van toepassing is op deze gegevens; de items zijn Rasch-homogeen. Op aanwijzingen van de ontwerper van het programma RADI is de grens voor significantie gelegd bij 1%. Significants zijn alle Q-waarden beneden 1%, niet-significants zijn alle waarden hoger dan 1%.

TABEL 2.4. RESULTATEN VAN DE RASCH-ANALYSES

## WERKLIJST

	aantal items <sup>1</sup>	aantal proef- perso- nen <sup>2</sup>	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	aantal vrij- heidsgraden		signifi- cantie <sup>3</sup>	
					Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>
betrokkenheid	9	258	18.28	134.08	8	54	ns	s
cohesie onder werknemers	9	263	50.08	84.04	8	54	s	s
steun van stafzijde	9	265	84.20	97.24	8	54	s	s
autonomie	7	261	13.59	36.05	6	28	ns	ns
taak-effi- ciëntie	9	288	61.66	118.75	8	54	s	s
werkdruk	7	255	11.53	45.69	6	28	ns	ns
duidelijkheid	7	277	15.74	32.67	6	28	ns	ns
controle	9	252	44.64	82.75	8	54	s	s
innovatie	8	226	15.33	59.48	7	40	ns	ns
fysiek comfort	7	239	7.59	44.42	6	28	ns	ns

De cijfers 1, 2 en 3 verwijzen naar de verklaringen in tabel 2.3.

## 2.5.2. HET INTERVIEW TER METING VAN SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN

De ontwerpers van de SSIAM hebben op verschillende manieren getracht de betrouwbaarheid van het instrument aan te tonen (Gurland et al., 1972): (1) via een bepaling van de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid, (2) via een toetsing van verschillen in gemiddelden van meerdere interviewers en meerdere beoordelaars bij gelijk te achten steekproeven en (3) via de vergelijking van scoredistributies van twee instituten. In

alle drie de gevallen werden de uitkomsten bevredigend genoemd zodat gesproken werd van een betrouwbaar instrument.

Vervolgens hebben de ontwerpers de predictieve validiteit van de SSIAM onderzocht door middel van het berekenen van correlaties tussen scores op basis van het interview met patiënten en scores op basis van het interview met familieleden of goede bekenden van de patiënt. De correlaties wezen op overeenstemming, met uitzondering van enkele scores op het gebied sexualiteit. De auteurs achtten deze resultaten gunstig met het oog op de predictieve validiteit van het instrument.

Verder is nog de factoranalytische structuur van 45 items onderzocht. Eenentwintig items leveren zes factoren op die voor het grootste deel samenvallen met de afzonderlijke gebieden. De conclusie van de auteurs is dat deze resultaten steun geven aan de oorspronkelijke opzet van het interview, namelijk variatie in sociaal dysfunctioneren in samenhang met meerdere uiteenlopende gebieden.

Ondanks deze positieve geluiden van de auteurs zijn er bij hun berekeningen toch wel kanttekeningen te maken. Een eerste kanttekening betreft de specifiek samengestelde en ons inziens niet representatief te noemen steekproef. De groep bestond uit 186 voor het merendeel jonge ongehuwde studenten die verwezen waren naar kortdurende ambulante psychotherapie. Dit betekent dat twaalf van de 45 items niet gescoord zijn omdat alle huwelijksitems en enkele sexualiteitsitems niet van toepassing waren.

In de tweede plaats is de factoranalytische structuur dubieus omdat slechts 21 items in een dergelijke structuur geplaatst konden worden. Bovendien moeten we aannemen dat de verdelingen van de items scheef waren zodat een factoranalyse niet de meest geschikte techniek was.

Een derde opmerking geldt de verschillen tussen beoordelaars bij twee van de zes factoren.

Tenslotte achten wij de correlaties tussen patiënt-scores en scores van andere personen uit de directe leef sfeer van de patiënt laag. De coëfficiënten variëren van .20 (sexuele

dissatisfactie) tot .58 (afhankelijkheid van het ouderlijk gezin). Een uitzondering hierop vormt de factor "conflicteuze relaties met het ouderlijk gezin", waarbij de correlatie .70 is.

Wij zijn nagegaan in hoeverre de opdeling van de SSIAM in vijf gebieden konsekventies heeft gehad voor de homogeniteit en betrouwbaarheid van de groep items van één gebied. Met deze berekening wilden we vaststellen of het mogelijk is het aantal van 45 items te reduceren tot een kleiner aantal door items van één gebied op te tellen. We hebben deze berekeningen uitgevoerd met behulp van de Alpha-clusteranalyse (De Graauw, 1972). Dit programma bepaalt de betrouwbaarheid van clusters door de alphacoëfficiënt te berekenen. De homogeniteit wordt vastgesteld door middel van het berekenen van de gemiddelde intercorrelaties van de items waaruit het cluster is opgebouwd.

Tabel 2.5. ITEMANALYSE VAN DE SSIAM

	betrouw- baarheids- coëfficiënt		homo- geniteits- index	
	voor- meting	na- meting	voor- meting	na- meting
werk	.77	.72	.27	.22
sociaal leven	.73	.73	.23	.23
ouderlijk gezin	.75	.70	.25	.20
huwelijk	.75	.79	.25	.29
sexualiteit	.77	.72	.27	.22

De aantallen proefpersonen waarover deze waarden zijn berekend variëren per gebied en per item, afhankelijk van de mate waarin het gebied of het item van toepassing is op de proefpersoon. Bij de voormeting variëren deze aantallen tussen 271 en 400; bij de nameting is deze range 141-255.

Uit tabel 2.5 blijkt dat de betrouwbaarheid van de negen items per gebied acceptabel is. Bovendien is er in dit opzicht geen onderscheid tussen voormeting en nameting. De lage homogeniteitscoëfficiënten wijzen op de onmogelijkheid de items van één gebied op te tellen.

De hoge correlaties tussen de gebieden vormen een resultaat dat in dezelfde richting wijst. De gemiddelde intercorrelaties per gebied zijn lager dan de correlaties tussen de gebieden. De conclusie moet zijn dat de opdeling in gebieden niet leidt tot homogene items per gebied. We zullen dus in de verdere analyses alle items afzonderlijk hanteren.

Zoals eerder (in 2.3.4) reeds is opgemerkt, bestaat er geen mogelijkheid om de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen. Om toch iets daarover te kunnen zeggen hebben we een variantieanalyse uitgevoerd op basis van de scores van meerdere interviewers binnen de klinische psychotherapiegroep. Als er geen significante verschillen blijken te bestaan tussen de scores van verschillende interviewers vormt dat een aanwijzing dat interviewers geen belangrijke bron van variantie zijn. Een dergelijke analyse was voor de andere onderzoeksgroepen niet mogelijk omdat te weinig verschillende interviewers binnen eenzelfde instituut voldoende patiënten geïnterviewd hadden.

Wij hebben bij de 45 desbetreffende items vrijwel geen significante verschillen gevonden tussen de interviewers in de klinische psychotherapiegroep. Dit wijst er op dat interviewers geen essentiële bron van variantie vormen (Baart, 1982).

#### 2.5.3. DE THERAPIE BEOORDELINGSLIJST (TBL)

Van de oorspronkelijke Amerikaanse versie van deze lijst is geen informatie bekend over betrouwbaarheid. De samenstelling van de dimensies is tot stand gekomen via een "informele clusteranalyse" (Strupp et al., 1964, p.6). Op basis van de matrix van intercorrelaties hebben de ontwerpers zinvolle

clusters samengesteld. Cartwright (1975) rapporteert dat het instrument voldoende validiteit bezit. Wij hebben met onze gegevens de homogeniteit en de betrouwbaarheid van de eerder genoemde acht clusters waaruit de TBL is samengesteld (zie 2.3.7), berekend met behulp van dezelfde Alpha-clusteranalyse die in de vorige paragraaf is gebruikt. Op grond van de resultaten van deze analyse hebben we besloten de clusters vijf en zes weg te laten vanwege een onacceptabel lage betrouwbaarheid in beide clusters en in cluster zes het ontbreken van enige homogeniteit (zie tabel 2.6). Vanwege de grote intercorrelatie tussen cluster één en cluster vier (.62) laten we cluster vier eveneens weg. Er resteren dan vijf betrouwbare en homogene clusters waarvan de vijf somscores psychometrische relevantie bezitten.

Tabel 2.6. ITEM-ANALYSE THERAPIE BEOORDELINGSLIJST

	betrouw- baarheids- coëfficiënt	homo- geniteits- index
1. warmte therapeut	.81	.46
2. hoeveelheid verandering	.84	.57
3. hoeveelheid verandering duidelijk voor anderen	.81	.58
4. belangstelling van de therapeut	.78	.37
5. intensiteit emotionele ervaring	.52	.35
6. uniciteit therapeutische situatie	.32	.06
7. verlenging therapie	.69	.42
8. aanbeveling van therapie aan anderen	.59	.42



## Hoofdstuk 3

### Resultaten: kenmerken van patienten bij de voormeting

#### 3.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk vergelijken we de drie onderzoeksgroepen bij de voormeting op vijf kenmerken: (1) demografische karakteristieken, (2) karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis, (3) aard en ernst van de klachten, (4) sociaal dysfunctioneren en (5) waarnemingen van het gezin en het werk.

Bij het onderling vergelijken van groepen gaan we uit van de twee eerder genoemde dimensies: de dimensie ambulant versus klinisch en de dimensie psychotherapie versus niet-psychotherapie. In de analyses plaatsen we daarom telkens twee groepen tegenover elkaar: de twee ambulante groepen en de twee psychotherapiegroepen.

#### 3.2. DEMOGRAFISCHE KARAKTERISTIEKEN

We hebben de groepen onderzocht op verschillen ten aanzien van zes demografische variabelen. Om te kunnen spreken van een verschil tussen twee groepen op een bepaalde variabele hebben we getoetst in welke mate verdelingen van elke groep op die variabele uiteenlopen. Bij de variabele leeftijd gebruikten we hiervoor een t-toets. Bij de andere variabelen hebben we gebruik gemaakt van twee soorten kruistabellen, dat wil zeggen één tabel om de verschillen tussen de groepen

te toetsen op basis van de frekwentieverdeling van één variabele, terwijl de andere kruistabellen de verschillen tussen de groepen toetsten voor elke categorie van een variabele afzonderlijk. Het aantal categorieën waarmee een demografisch kenmerk is onderzocht bepaalt in dit geval het aantal kruistabellen.

Een voorbeeld kan dit onderscheid in kruistabellen verduidelijken. Ten aanzien van de variabele "burgerlijke staat" (fig.3.3) kunnen we verschillen tussen twee groepen bestuderen door van elke groep de frekwenties van de vier categorieën die deze variabele kent, met elkaar te vergelijken. Omdat we telkens twee groepen met elkaar vergelijken, werken we hier met twee kruistabellen van 4x2.

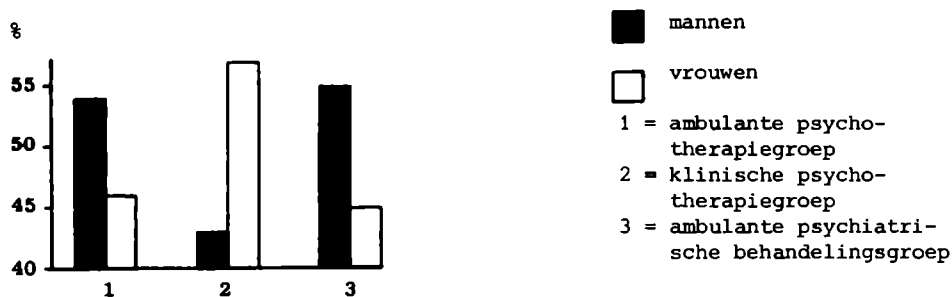
De andere manier om verschillen tussen groepen te onderzoeken is het toetsen van verschillen voor elke categorie van deze variabele afzonderlijk. In een 2x2-kruistabel wordt de categorie "niet getrouwd" vergeleken met de rest. Voor het vergelijken van twee groepen hebben we de beschikking over vier kruistabellen.

Om de leesbaarheid van het verslag te verhogen zullen we niet bij elke uitspraak over verschillen de bijbehorende  $\chi^2$ - en p-waarde vermelden. We spreken uitsluitend over een verschil tussen groepen als de betreffende  $\chi^2$ -waarde significantie bezit (overschrijdingskans 5%).

#### De twee ambulante groepen (zie de figuren 3.1 t/m 3.6)

De twee ambulante groepen verschillen niet inzake de verdeling van mannen en vrouwen. Ten aanzien van alle overige variabelen vinden we wel verschillen. De ambulante psychiatrische behandelingsgroep is gemiddeld ouder. In samenhang hiermee treffen we in deze groep relatief minder ongehuwden aan en relatief meer gehuwden waarvan een of meerdere kinderen buitenshuis wonen. De twee groepen verschillen niet voor wat betreft de twee overige categorieën van de burgerlijke staat, te weten "getrouwd zonder kinderen" en "getrouwd met alle kinderen thuiswonend" (zie fig.3.3).

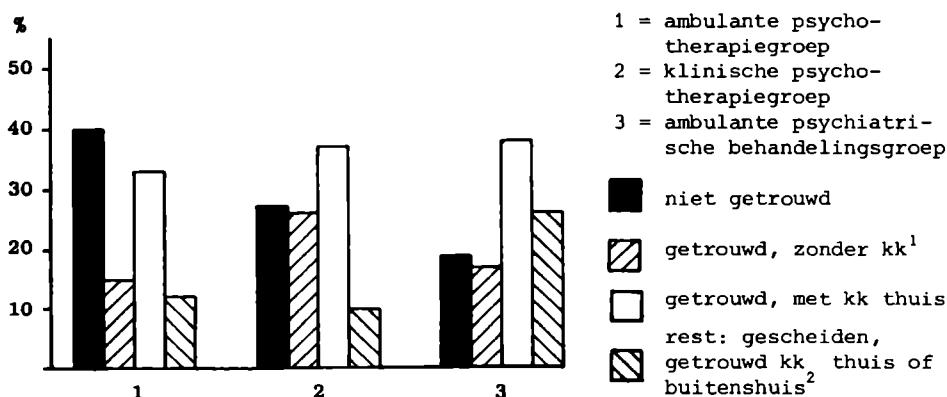
Figuur 3.1. GESLACHT: percentages mannen en vrouwen voor iedere groep.



Figuur 3.2. LEEFTIJD: gemiddeld aantal jaren voor iedere groep.

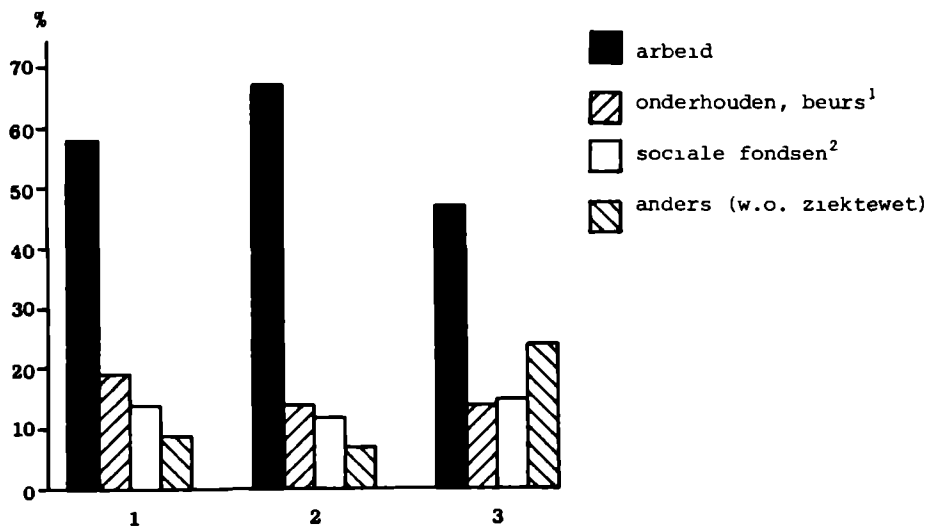


Figuur 3.3. BURGERLIJKE STAAT: percentages voor iedere groep



- 1) Bevat ook alle proefpersonen die ongetrouwd samenwonen met een vaste partner.
- 2) Deze categorie bevat meerdere kenmerken van de burgerlijke staat. Deze zijn niet apart vermeld vanwege de geringe frekwenties waarin ze voorkomen (uitgezonderd groep 3, zie tekst).

Figuur 3.4. BRON INKOMSTEN: percentages voor iedere groep.



1) Huisvrouwen; ppn die in het ouderlijk huis wonen; studenten.

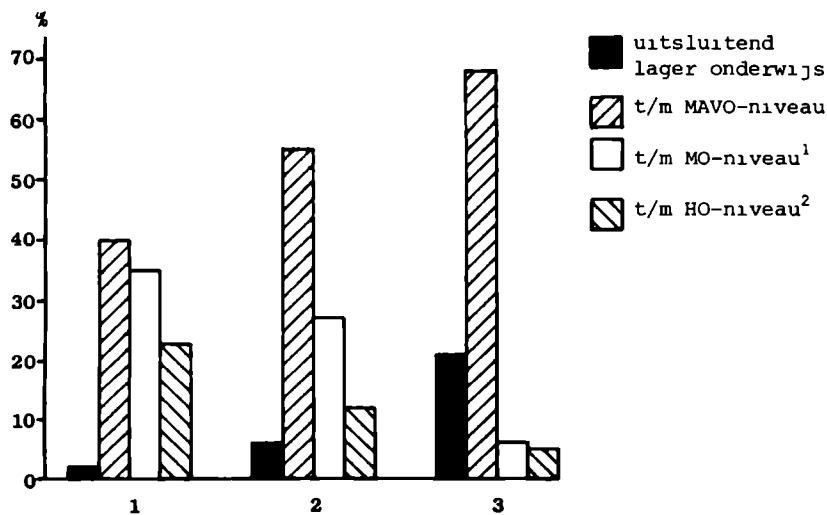
2) WW; WAO; AOW.

1 = ambulante psychotherapiegroep

2 = klinische psychotherapiegroep

3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep

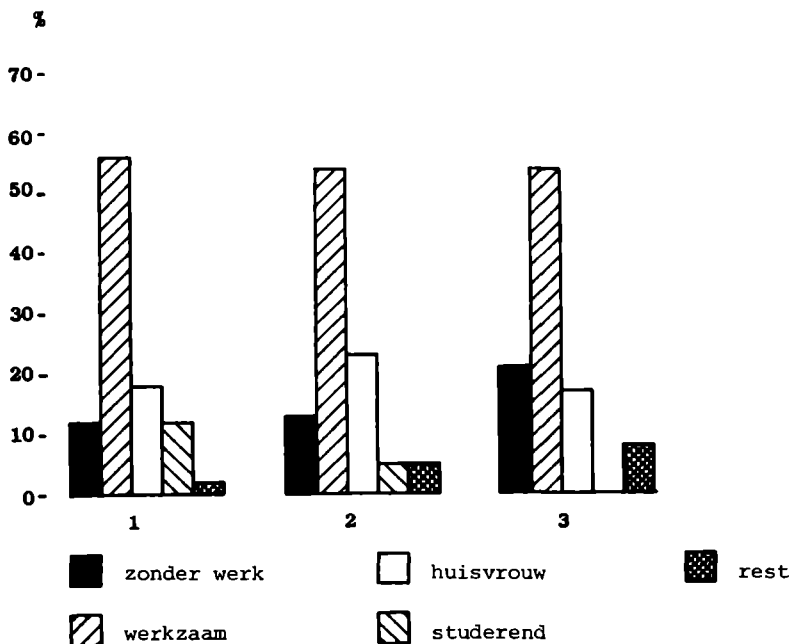
Figuur 3.5. OPLEIDINGSNIVEAU: percentages voor iedere groep.



1) Middelbare schoolopleiding, middelbaar beroepsonderwijs, MAVO met part-time opleidingen.

2) Hoger beroepsonderwijs, universitair onderwijs.

Figuur 3.6. BEROEPSSITUATIE: percentages voor iedere groep.



1 = ambulante psychotherapiegroep

2 = klinische psychotherapiegroep

3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep

Bij slechts één van de vier categorieën die we onderscheiden bij de variabele "bron van inkomsten" treffen we tussen de twee groepen een verschil aan: meer personen uit de ambulante psychiatrische behandelingsgroep zijn in de restcategorie geplaatst. In het merendeel van de gevallen betreft dit personen die een uitkering genieten krachtens de ziekwet.

Tussen de twee groepen bestaan duidelijke verschillen in opleidingsniveau; de groepen verschillen bij deze variabele ook op basis van iedere subcategorie. Opvallend in de ambulante psychotherapiegroep is de bijna totale afwezigheid van patiënten met uitsluitend later onderwijs; eveneens opvallend zijn de zeer geringe frekwenties waarmee we in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep patiënten aantreffen met een

opleiding van middelbaar of hoger niveau.

In de ambulante psychotherapiegroep zitten relatief meer studenten en minder patiënten die geplaatst moesten worden in de restcategorie (zie fig.3.6).

Samengevat: de vergelijking van de twee ambulante groepen laat duidelijke verschillen zien op nagenoeg alle demografische variabelen. Opvallend zijn de verschillen in leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat: in de ambulante psychotherapiegroep is de gemiddelde leeftijd lager dan in de psychiatrische behandelingsgroep, is het opleidingsniveau gemiddeld hoger en is een relatief hoger aantal patiënten ongehuwd.

#### De twee psychotherapiegroepen

Deze twee groepen verschillen slechts op twee demografische variabelen: burgerlijke staat en opleidingsniveau. Deze verschillen hangen waarschijnlijk samen. Het relatief hoge opleidingsniveau in de ambulante psychotherapiegroep gaat samen met relatief meer ongehuwden in die groep (zie de figuren 3.3 en 3.5). In overeenstemming hiermee zien we nog een laatste verschil tussen deze groepen: evenals bij de vergelijking van de twee ambulante groepen zien we ook hier relatief meer studenten in de ambulante psychotherapiegroep (zie figuur 3.6).<sup>1</sup>

Zoals gezegd zijn er geen verschillen te vinden op de overige demografische variabelen. Opvallend is de afwezigheid van verschil in de verdeling tussen de sexen. Dit ondanks het feit dat we in de klinische groep een iets hoger percentage vrouwen aantreffen terwijl deze verhouding in de ambulante groep juist andersom ligt.

Precies deze verhouding tussen mannen en vrouwen in de ambulante psychotherapiegroep vormt een opmerkelijk gegeven, omdat het in tegenspraak is met de resultaten van andere stu-

---

1) Dit relatief grote aantal studenten in de ambulante psychotherapiegroep is vrijwel uitsluitend in behandeling bij vrijgevestigde psychotherapeuten.

dies en gangbare opvattingen hierover. Uit meerdere studies blijkt namelijk dat meer vrouwen dan mannen gebruik maken van ambulante voorzieningen in de GGZ (Bauduin, 1980; Schutz, 1981; Bauduin, 1982). Het blijft onduidelijk waarom dit in onze studie niet het geval is.

De analyse van de demografische karakteristieken van de drie onderzoeksgroepen maakt duidelijk dat de dimensie psychotherapie geen-psychotherapie de meest in het oog springende verschillen laat zien. Veel patiënten in de ambulante psychotherapiegroep vertonen kenmerken die typerend zijn voor een in bepaalde opzichten gunstiger maatschappelijke en sociale positie: een lage leeftijd, een hoog opleidingsniveau en een ongehuwde status. Met een zekere variatie zijn deze kenmerken ook van toepassing op patiënten in de klinische psychotherapiegroep.

Deze resultaten geven aanleiding tot de volgende opmerkingen. Speciaal de aangetoonde verschillen in opleidingsniveau zijn in overeenstemming met andere onderzoeksbevindingen, die er op wijzen dat uiteenlopende bevolkingsgroepen ongelijke kansen hebben om toegang te krijgen tot een psychotherapeutische behandeling. Patiënten uit de midden of hogere klassen komen relatief vaker voor in de groep patiënten die psychotherapeutisch behandeld worden (Garfield, 1978; De Swaan et al., 1979; Garfield, 1980; Schutz, 1981; Beekers, 1982, Grauenkamp, 1982). Schutz (1981) spreekt van de "onbesproken factoren" die een aanmerkelijke invloed blijken te hebben - naast de organisatie van de klachten - op de kans voor psychotherapie geaccepteerd te worden. In zijn toelichting hierop wijst deze auteur op de mogelijkheid dat dergelijke onbesproken factoren niet alleen invloed uitoefenen op psychotherapeuten bij hun selectie van patiënten voor psychotherapie, maar ook op de verwijzende personen bij hun beslissing patiënten door te sturen naar - in dit geval - het IMP-Amsterdam. Zo oppert hij de mogelijkheid dat studentenpsychologen

van de twee Amsterdamse universiteiten (die de meeste verwijzingen naar het IMP voor hun rekening nemen) veel tijd besteden aan het motiveren en "protoprofessionaliseren" van studenten ten behoeve van de aanstaande psychotherapie, dit in tegenstelling tot huisartsen, die vooral patiënten uit de lagere beroepsgroepen verwijzen.

### 3.3. HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS

In deze paragraaf onderzoeken we acht variabelen waarvan er zeven rechtstreeks betrekking hebben op de hulpverleningsgeschiedenis. De resterende variabele "contacten in omgeving met professionele hulp" heeft betrekking op een kenmerk van de actuele behandeling (zie 2.3.2).

Om verschillen tussen de groepen op te sporen zijn we op dezelfde wijze te werk gegaan als in de vorige paragraaf.

#### De twee ambulante groepen (zie de figuren 3.7 t/m 3.14)

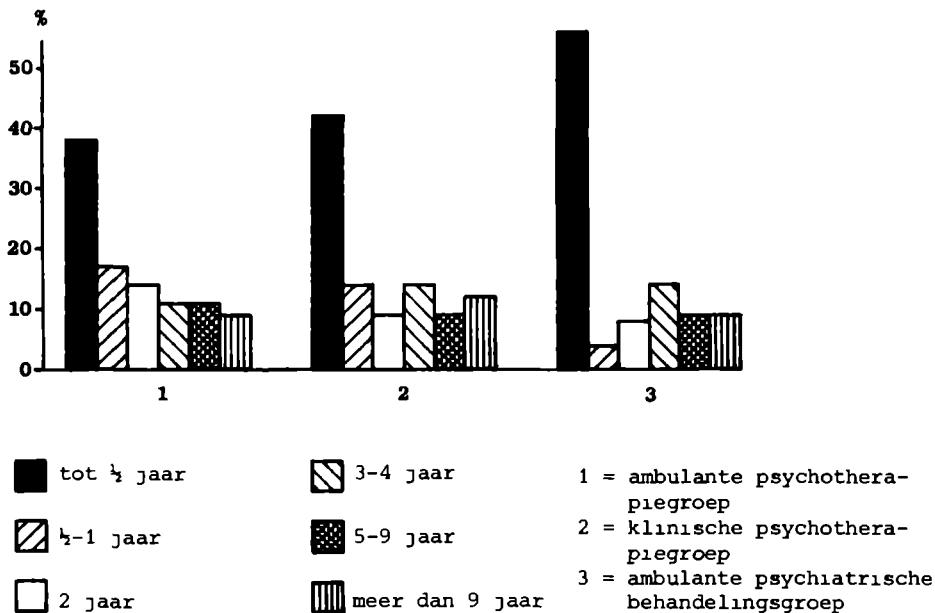
Ten aanzien van de karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis treffen we de meeste verschillen aan bij de vergelijking van de twee ambulante groepen. Een eerste duidelijk verschil constateren we als we de *verwijzingspatronen* van de twee groepen vergelijken (zie fig.3.14). Patiënten uit de ambulante psychiatrische behandelingsgroep worden nagenoeg uitsluitend door de huisarts verwezen. Patiënten in de andere groep geven daarentegen naast de huisarts nog meerdere andere verwijzingsbronnen op: tweedelijsinstituten, maatschappelijk werk, kennissen en een restcategorie die bestaat uit verwijzingen door personen of instanties die niet gerekend kunnen worden tot de andere in de lijst genoemde instanties.<sup>1</sup>

---

1) De volgende negen verwijzende instanties zijn in de lijst "Karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis" opgesomd: huisarts, zenuwarts, psychiatrische instellingen, algemene medische instellingen, tweedelijsinstituten, justitie, maatschappelijk werk, andere bureaus en kennissen. Een tiende categorie omvatte alle patiënten die zichzelf hadden aangemeld; de restcategorie vormde de elfde categorie.

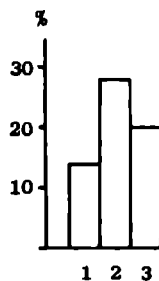


Figuur 3.7. DUUR THERAPIEGESCHIEDENIS: percentages voor iedere groep.



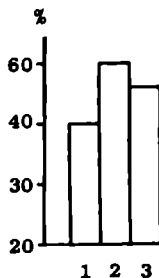
Figuur 3.8. PSYCHIATRISCH OPGENOMEN: percentage patiënten dat ooit eerder is opgenomen.

- 1 = ambulante psychotherapiegroep  
 2 = klinische psychotherapiegroep  
 3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep

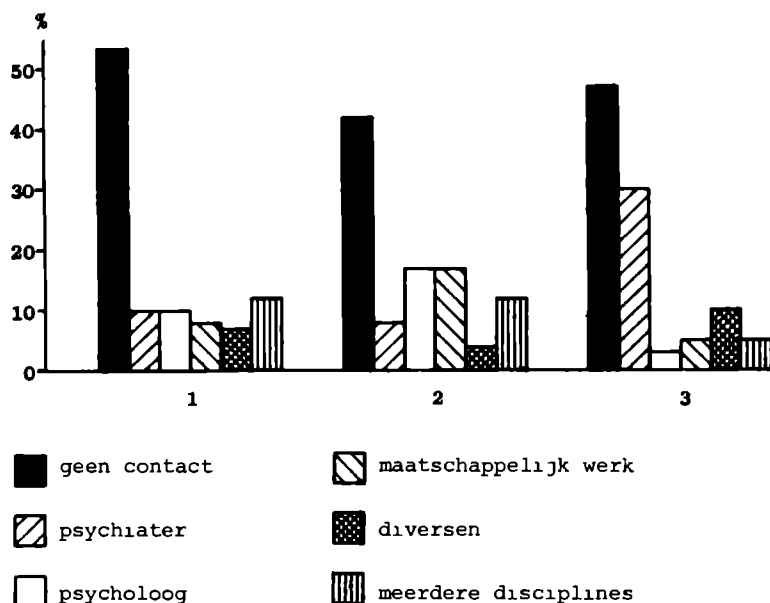


Figuur 3.9. CONTACTEN IN DE OMGEVING MET PROFESSIONELE HULP: percentage patiënten waarvan minstens één persoon in de omgeving deze contacten heeft.

- 1 = ambulante psychotherapiegroep  
 2 = klinische psychotherapiegroep  
 3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep

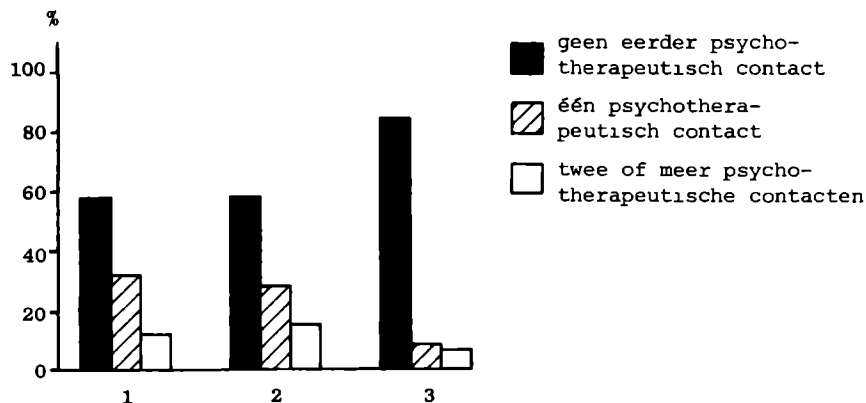


Figuur 3.10. PSYCHOTHERAPEUTISCHE CONTACTEN ONMIDDELIJK VOORAFGAAND AAN DE ACTUELE BEHANDELING: percentages voor iedere groep.



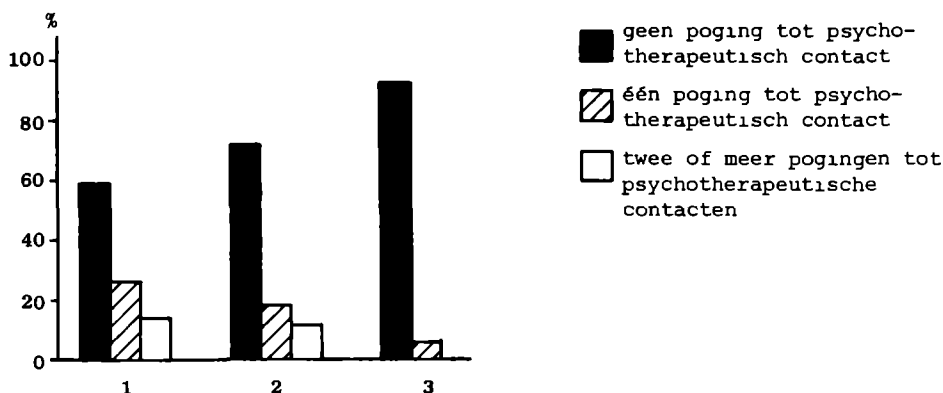
1 = ambulante psychotherapiegroep  
 2 = klinische psychotherapiegroep  
 3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep

Figuur 3.11. EERDERE PSYCHOTHERAPIEËN:<sup>1</sup> percentages voor iedere groep



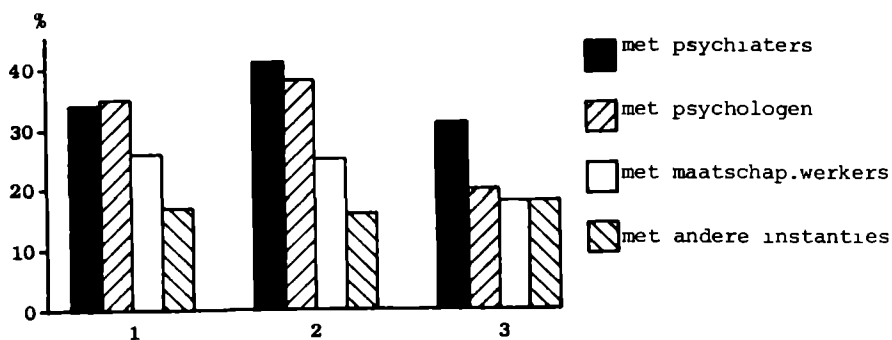
1) Het gaat hier om contacten verder terug in het verleden, dat wil zeggen niet onmiddellijk voorafgaand aan de huidige behandeling.

Figuur 3.12. EERDERE POGINGEN TOT PSYCHOTHERAPIE:<sup>1</sup>  
percentages voor iedere groep



1) Het gaat om pogingen tot psychotherapeutisch contact verder terug in het verleden, dat wil zeggen niet onmiddellijk voorafgaand aan de actuele behandeling.

Figuur 3.13. SOORTEN HULPVERLENERS; de hulpverleners waarmee patiënten in het verleden in hoofdzaak contacten hebben gehad: percentages voor iedere groep.<sup>1</sup>



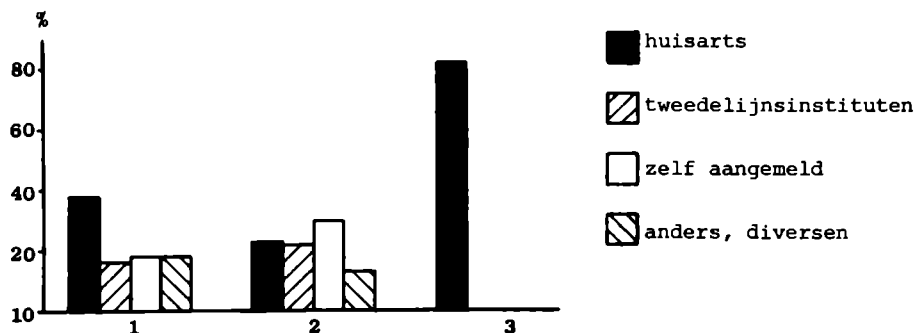
1) meerdere mogelijkheden kunnen aangekruist worden.

1 = ambulante psychotherapiegroep

2 = klinische psychotherapiegroep

3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep

Figuur 3.14. VERWIJZENDE INSTANTIES:<sup>1</sup> percentages voor iedere groep.



- 1) Meerdere mogelijkheden kunnen aangekruist worden. Alleen die 4 categorieën zijn vermeld die in één van de groepen door minstens 10% van de patiënten zijn gerapporteerd. In totaal zijn in de lijst 11 mogelijkheden opgesomd (w.o. zenuwarts, psychiatrisch instituut, kennissen, maatschappelijk werk)

Ook rapporteren nogal wat patiënten dat zij zichzelf aangemeld hebben. De twee ambulante groepen verschillen op al deze verwijzingsmogelijkheden.

Voor de zelfaanmelding en de verwijzing via de non-professionele instanties kunnen de volgende verklaringen aangewend worden. Enerzijds kan dit verwijzingspatroon een weerspiegeling zijn van het beleid in de ambulante geestelijke gezondheidszorg dat er op gericht is voor deze vorm van hulpverlening een zo laag mogelijke drempel te hanteren. Anderzijds kan dit patroon opgevat worden als een aanwijzing voor een meer actieve houding van de zijde van de patiënt uit de psychotherapiegroep. Deze zal bij het zoeken naar oplossingen voor zijn problemen meer geneigd zijn bewuster te kiezen voor psychotherapie.

Zeer waarschijnlijk samenhangend met de uiteenlopende verwijzingspatronen, is de *duur van de hulpverleningsgeschiedenis*. Met name verschillen de groepen op twee categorieën: "tot halfjaar" en "half tot één jaar" (zie fig.3.7). Verreweg de mees-

te patiënten in beide groepen hebben voor het eerst contact gehad binnen de voorafgaande zes maanden. Het is opvallend dat dit speciaal geldt voor de ambulante psychiatrische groep.

Wij veronderstellen dat de samenhang tussen deze verschillen in duur van de hulpverleningsgeschiedenis enerzijds en verschillen in verwijspatronen anderzijds gelegen is in de uiteenlopende geaardheid van het proces van hulpzoeken in de twee groepen. In de ambulante psychiatrische behandelingsgroep treffen we frekwenter patiënten aan die (door een huisarts) relatief snel doorgestuurd worden naar een psychiater. Deze gang van zaken staat in tegenstelling tot een vermoedelijk meer weloverwogen en meer tijd vergende keuze voor een psychotherapeutische behandeling.

Een ander opmerkelijk verschil is de vrijwel totale afwezigheid van enige *bemoeienis in het verleden met psychotherapie* bij patiënten in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep (zie figuren 3.11 en 3.12). Verdere verschillen waarin patiënten in de ambulante psychiatrische groep zich onderscheiden van patiënten in de andere ambulante groep zijn: het kleiner aantal patiënten dat in het verleden contacten heeft gehad met psychologen en maatschappelijk werkers (fig.3.13), het kleiner aantal patiënten dat onmiddellijk voorafgaand aan de huidige behandeling psychotherapeutische contacten heeft gehad met psychologen en tenslotte het relatief groter aantal patiënten dat nog kortelings contacten heeft gehad met psychiaters (zie fig.3.10).<sup>1</sup>

Alle verschillen wijzen erop dat de aard van de hulpverleningsgeschiedenis in de twee groepen sterk uiteenloopt.

---

1) In de instructie bij deze vraag is psychotherapeutisch contact gedefinieerd als elk regelmatig contact dat via een min of meer duurzame relatie tussen patiënt en therapeut veranderingen probeert te bewerkstelligen. Op grond van de frekwentieverdeling die deze vraag heeft opgeleverd, hebben wij het vermoeden dat de invullers niet in alle gevallen een formele psychotherapeutische relatie op het oog hebben gehad.

## De twee psychotherapiegroepen

De hulpverleningsgeschiedenis van de twee psychotherapiegroepen komt sterk overeen. De twee meest voor de hand liggende verschillen betreffen het hogere percentage patiënten in de klinische psychotherapiegroep dat ooit eerder psychiatrisch opgenomen is geweest (zie fig.3.8) en het relatief groter aantal patiënten in deze groep dat aangeeft dat één of meer personen in hun directe omgeving contacten hebben ten behoeve van psychische problematiek (zie fig.3.9).

Andere verschillen betreffen het relatief geringer aantal patiënten in de klinische psychotherapiegroep dat door de huisarts is verwezen en het vergelijkenderwijs groter aantal patiënten dat zichzelf heeft aangemeld voor opname (zie fig. 3.14). Verder kent de klinische groep een iets hoger percentage patiënten dat direct voorafgaand aan de opname psychotherapeutische contacten heeft gehad met het maatschappelijk werk (zie fig.3.10) en tenslotte geeft een hoger percentage proefpersonen te kennen dat ze geen eerdere pogingen tot psychotherapie hebben ondernomen (zie fig.3.12).

Het ligt voor de hand dat patiënten die opgenomen worden met het oog op een klinisch-psychotherapeutische behandeling al tevoren intensieve contacten hebben gehad met de hulpverlening.

Een mogelijke interpretatie van de voorafgaande gegevens kan het volgende beeld opleveren van de hulpverleningsgeschiedenis van patiënten uit de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Deze patiënten worden vrijwel uitsluitend door de huisarts verwezen. Dit betekent dat de psychiater vrijwel geen (verwijzende) contacten heeft met andere sectoren van de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Verder stuurt de huisarts een aantal patiënten relatief snel door naar een psychiater. Kennelijk is zo'n verwijzing voor de hand liggend omdat deze patiënten eerder veelal met psychiaters in aanraking zijn geweest, en in samenhang daarmee minder contacten hebben gehad met meer psycho-sociaal georiënteerde hulpverle-

ners zoals psychologen of maatschappelijk werkenden en daardoor mogelijk weinig in aanraking zijn gekomen met psychotherapeutische hulp.

Een interpretatie van de gevonden gegevens met betrekking tot kenmerken van de hulpverleningsgeschiedenis levert voor de ambulante psychotherapiegroep een geheel ander beeld op. In deze groep is de verwijzende functie van de huisarts minder belangrijk. Nogal wat patiënten besluiten zelf contacten te zoeken met instellingen voor psychotherapie. Bovendien heeft een grote groep patiënten in het verleden al eens contact gehad met psychotherapeuten.

Het karakter van de verschillen in hulpverleningsgeschiedenis geeft steun aan de opvatting over het bestaan van twee min of meer onafhankelijk van elkaar opererende circuits in de geestelijke gezondheidszorg zoals we dat in de literatuur wel beschreven zien: een meer psychotherapeutisch georiënteerd circuit en een meer medisch-psychiatrisch circuit (Kabela, 1977; Kuitenbrouwer, 1979; Schnabel, 1982; Mars, 1983).

De resultaten van onze tot nu toe uitgevoerde analyses geven zeker aanleiding om dit onderscheid in soort hulp in verband te brengen met sociaal-maatschappelijke kenmerken van patiënten. Patiënten met minder opleiding treffen we frekwenter aan in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep; bovendien hebben deze patiënten een hulpverleningsgeschiedenis achter de rug die meer medisch-psychiatrisch georiënteerd is geweest. De analyse van de verschillen tussen de groepen met betrekking tot hun hulpverleningsgeschiedenis bevestigt het verband tussen sociaal-maatschappelijke positie enerzijds en de geaardheid van de hulp in de geestelijke gezondheidszorg anderzijds.

### 3.4. DE AARD EN ERNST VAN DE KLACHTEN

#### 3.4.1. DE AARD VAN DE KLACHTEN

De klachten die de patiënt en de therapeut bij het begin van de behandeling in onderling overleg hebben genoteerd, zijn op twee manieren geclassificeerd: (1) op basis van de situaties waarnaar de formulering van de klacht verwijst en (2) op basis van de soort klacht (zie 2.3.3). Een voorbeeld kan deze twee classificaties verduidelijken. De klacht luidt: "Het totaal niet meer zien zitten op het werk. Daardoor tot niets productiefs in staat zijn". De situatie waarnaar de klacht verwijst is de werksituatie (eerste classificatie); de soort klacht is depressie (tweede classificatie).

De eerstgenoemde classificatiemogelijkheid levert weinig informatie op. Slechts 40% van het totaal aantal genoemde klachten bevat in de formulering referenties naar een situatie. Bovendien is het merendeel van deze referenties erg vaag gesteld. Vermeld wordt bijvoorbeeld "relaties" of "de omgeving". We werken deze classificatie daarom niet verder uit.

De tweede classificatie is mogelijk op grond van de aard van de klacht. Hierbij zijn zes categorieën gehanteerd, plus twee restcategorieën: (1) depressie, (2) angst, (3) stemmingsklachten, zoals overspannenheid, gejaagdheid, geagiteerdheid of agressiviteit, (4) dwangmatig denken of handelen en verslavingsproblematiek, (5) psychosomatische klachten, (6) alle klachten die verwijzen naar een verstoord zelfbeeld zoals minderwaardigheidsgevoelens, gebrek aan assertiviteit, zich niet geaccepteerd voelen en angst voor kritiek. Twee restcategorieën bestaan uit niet-classificeerbare klachten die uitsluitend naar een sociale situatie verwijzen,<sup>1</sup> en klachten die binnen eenzelfde formulering meerdere soorten klachten

---

1) De formuleringen van klachten die in deze categorie terecht komen noemen uitsluitend situaties zoals "problemen thuis" of "alles heeft te maken met de werksituatie".



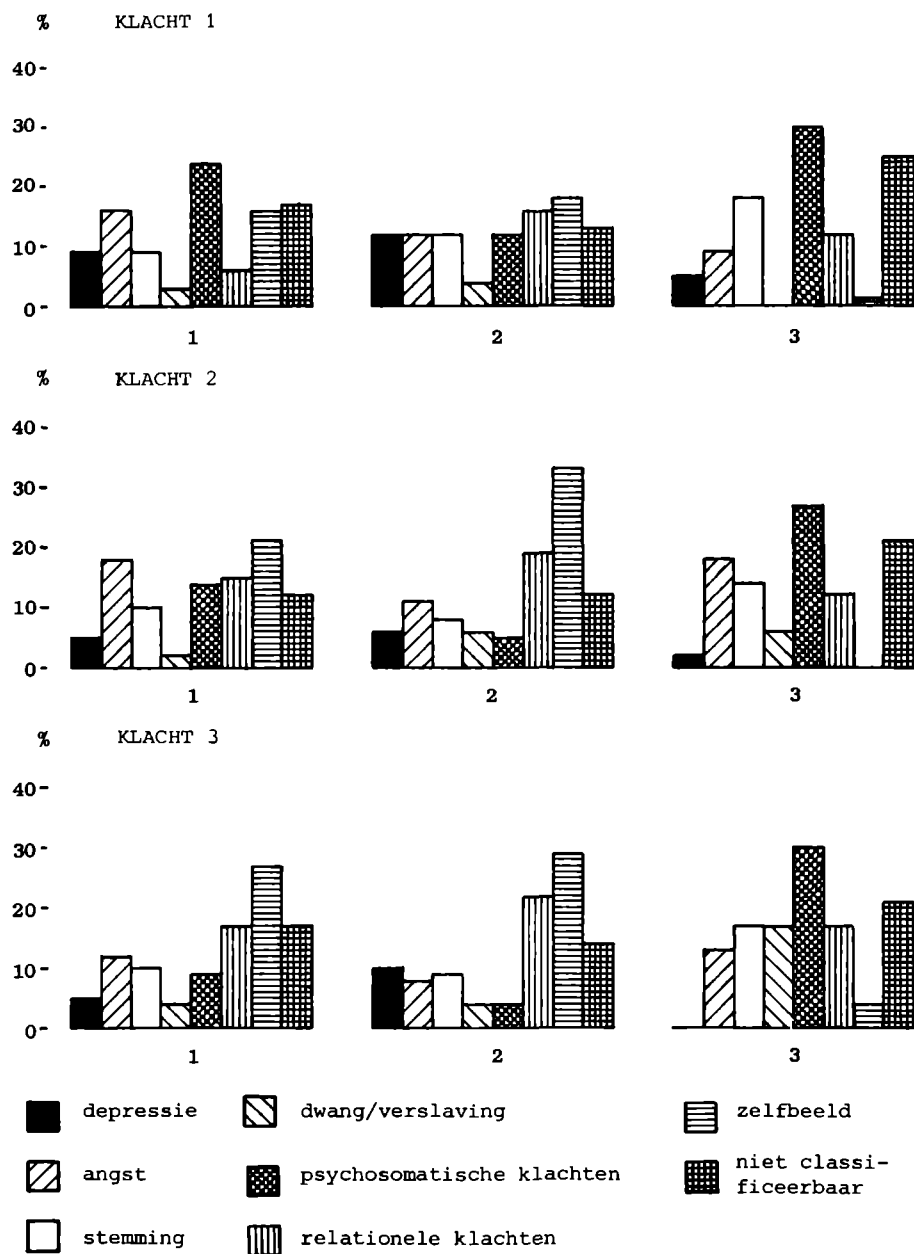
bevatten.<sup>1</sup> Deze laatste twee categorieën hebben we opgenomen onder de respectieve titels: "enkel rationeel" en "niet classificeerbaar". We zijn ons ervan bewust, dat het hanteren van de categorie "niet classificeerbaar" informatie over de aard van de klachten ongebruikt laat. Desondanks hebben wij deze categorie toch als zodanig ingevoerd, omdat de opsomming van meerdere klachten in één formulering geen aanknopingspunten biedt voor eenduidige classificatie. Deze situatie zou overigens aanleiding kunnen geven tot het hanteren van meer dan drie verschillende klachten per patiënt (zie 2.3.3).

Deze acht categorieën waarmee het mogelijk is een beeld te krijgen van de frekwenties waarin de verschillende typen klachten genoemd zijn blijken in alle groepen in redelijke mate voor te komen, uitgezonderd depressieve klachten en klachten die te maken hebben met dwangmatig denken of handelen, categorieën die erg infrekvent worden genoemd. Het is teleurstellend dat de frekwenties van de categorie "niet classificeerbaar" toch nog redelijk hoog blijken te zijn.<sup>2</sup> (Zie fig.3.15.)

Het vergelijken van de verdelingen van ieder van de drie klachten laat alleen verschillen zien tussen de twee ambulante groepen bij klacht één en klacht twee. In tweede instantie hebben we de verschillen tussen de groepen onderzocht door van elke categorie binnen één klacht de frekwenties te vergelijken. We hebben in deze analyses slechts enkele verschillen tussen groepen aangetroffen. Bij het merendeel van de klachten

- 
- 1) In deze categorie komen die formuleringen terecht die meerdere soorten klachten tegelijkertijd noemen. Classificatie in één van de andere categorieën is daarmee onmogelijk.
  - 2) De geringe frekwentie waarin problemen op het terrein van dwangmatig handelen en denken in de beide psychotherapiegroepen zijn genoemd, is o.a. een gevolg van onze werkwijze bij het samenstellen van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Bij het samenstellen van deze groep hebben we immers o.a. verslavingsproblematiek uitgesloten.

Figuur 3.15. SOORTEN KLACHTEN: percentages per klacht voor iedere groep.



1 = ambulante psychotherapiegroep; 2 = klinische psychotherapiegroep;  
3 = ambulante psychiatrische behandelingsgroep.

(depressie, angst, stemming en dwang, verslaving) treffen we geen enkel verschil tussen groepen aan.

#### De twee ambulante groepen

Als we de twee ambulante groepen vergelijken blijkt bij alle drie de klachten het percentage patiënten dat klachten rondom het thema "zelfbeeld" heeft opgegeven in de ambulante psychotherapiegroep hoger te zijn. In de ambulante psychiatrische behandelingsgroep daarentegen wordt dit type klacht vrijwel nooit genoemd. In de andere groep komt deze categorie daarentegen bij klacht twee en klacht drie het meest frekwent voor. Deze twee groepen verschillen verder nog op basis van de frekwenties waarmee - alleen bij klacht drie - psychosomatische klachten genoemd worden. Relatief meer patiënten in de ambulante psychiatrische groep noemen deze klachten. Er zijn geen verschillen in de frekwenties waarmee relationele klachten genoemd worden.

#### De twee psychotherapiegroepen

De vergelijking tussen de twee psychotherapiegroepen levert enkel verschillen op in de categorieën "psychosomatische klachten" en "enkel relationele klachten". In de ambulante psychotherapiegroep treffen we meer patiënten aan met psychosomatische klachten. Verder melden, althans bij de eerstgenoemde klacht, iets meer patiënten in de klinische psychotherapiegroep klachten die verwijzen naar een relationeel probleem. De twee psychotherapiegroepen verschillen niet in de frekwenties van klachten rondom "zelfbeeld".

Als we de resultaten van de verschillende analyses overzien blijken de twee manieren waarop we naar de verschillen hebben gekeken niet dezelfde resultaten op te leveren. Als we de groepen vergelijken op basis van de verdeling van alle klachten tezamen, treffen we alleen verschillen aan tussen de twee ambulante groepen. Vergelijken we de groepen daarentegen op elke categorie (klacht) afzonderlijk, dan zien we

ook verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen. De resultaten zijn wat tegenstrijdig en laten dan ook geen duidelijke conclusies toe.

Wel is duidelijk geworden dat psychosomatische klachten en klachten rondom het thema "zelfbeeld" in belangrijke mate de aard van de verschillen bepalen. Psychosomatische klachten worden minder vaak genoemd in de klinische psychotherapiegroep in vergelijking met de ambulante psychotherapiegroep en - zoals uit figuur 3.15 kan worden afgeleid - de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. In de laatstgenoemde groep blijken zelfs psychosomatische klachten steeds de meest frequent genoemde klachten, hetgeen te verwachten is in een medisch circuit.

Deze verschillen, en met name de hogere frequentie waarmee klinische patiënten als eerste klacht relationele klachten opgeven, maken de volgende interpretatie aannemelijk. Relationele problemen lijken vooral een rol te spelen bij de indicatie voor opname in een psychotherapeutisch instituut. Relationele problemen zullen, in tegenstelling tot psychosomatische klachten, sneller leiden tot onhanteerbare situaties die niet ambulant opgelost kunnen worden. Deze interpretatie presenteren wij met de nodige voorzichtigheid omdat het empirisch materiaal in dit verband niet helemaal eenduidig is.

Opmerkelijk is, dat "zelfbeeld"-klachten nagenoeg ontbreken in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Dit feit vormt een duidelijk contrast met de redelijk hoge frequentie waarmee dit type klacht genoemd wordt in de ambulante psychotherapiegroep en - zoals we mogen afleiden uit figuur 3.15 - in de klinische psychotherapiegroep. We mogen op grond hiervan veronderstellen dat het noemen van klachten die duiden op problemen rondom het zelfbeeld op enigerlei wijze in relatie staan tot het psychotherapeutisch karakter van de behandeling.

Een verklaring voor dit verband zal vermoedelijk gezocht moeten worden in de wisselwerking tussen de vorm waarin een

klacht wordt gepresenteerd en het karakter van de behandeling die men verwacht of gaat krijgen. Een onderdeel van deze wisselwerking vormt de invloed van de verwijzer dan wel van de hulpverlener die benoemen, interpreteren en vervolgens gericht gaan verwijzen of behandelen. Als we in herinnering brengen dat bij het invullen van de Klachtenlijst de klacht is geformuleerd na overleg tussen therapeut en patiënt, dan is het aannemelijk, dat er sprake moet zijn van een beiderzijdse invloed op de uiteindelijke formulering, die ten grondslag heeft gelegen aan de classificatie.

Bij het bespreken van de Klachtenlijst in 2.3.3 is dit thema ook al aan de orde gesteld. We hebben immers toen al geconstateerd dat de oorspronkelijke doelstelling van de lijst - het noteren van klachten op basis van de eigen bewoordingen van de patiënt - niet helemaal bereikt is. De uniforme bewoordingen waarin de klachten van de patiënten van één therapeut vaak zijn gesteld vormen een aanwijzing voor de invloed die de therapeut heeft op de klachtverwoording. Met deze gegronde veronderstelling is tevens de betrekkelijkheid van dit materiaal aangegeven. Het letterlijk nemen van de klachten gaat voorbij aan het sociale interactieproces waarbinnen een formulering uiteindelijk tot stand komt.

#### 3.4.2. DE ERNST VAN DE KLACHTEN

De ernst van de klacht vormde het tweede onderdeel van de Klachtenlijst. Wij memoreren dat elke patiënt drie klachten kon noemen maar dat ook volstaan kon worden met het noemen van één of twee klachten. Voor iedere patiënt zijn dus een variabel aantal ernstscores bekend. De analyse van de ernstscores van klacht één omvat vanzelfsprekend nagenoeg alle patiënten.

Wij hebben verschillen tussen groepen onderzocht door de gemiddelde ernstscores van klacht één te vergelijken, vervolgens die van klacht twee en tenslotte die van klacht drie. Via univariate variantieanalyses is de significantie van de

verschillen in gemiddelden bepaald.

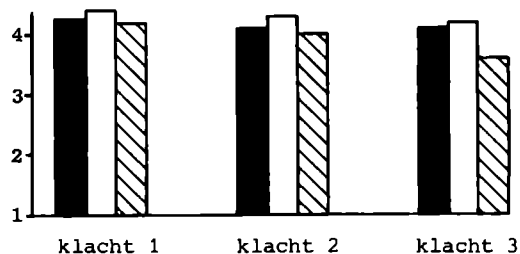
We treffen uitsluitend in twee analyses verschillen aan: tussen de twee psychotherapiegroepen op basis van de ernstscores van klacht twee ( $F=3.84$ ;  $df=1,267$ ;  $p<.05$ ) en tussen de twee ambulante groepen op basis van de ernstscores van klacht drie ( $F=7.80$ ;  $df=1,220$ ;  $p<.01$ ). Hierbij moeten we aantekenen dat de betekenis van het verschil tussen de ambulante psychotherapiegroep en de ambulante psychiatrische behandelingsgroep gering is omdat slechts 21 proefpersonen in de laatstgenoemde groep een derde klacht vermelden. (Zie fig.3.16.)

Ondanks de aanwezigheid van een tweetal verschillen, formuleren we als eindconclusie dat de analyses van de ernstscores van de drie klachten nauwelijks verschillen tussen de onderzoeksgroepen aantonen. De gemiddelde ernstscores liggen in de verschillende groepen net boven de schaalwaarde vier. Dit betekent dat de gemiddelde ernstscore voor alle proefpersonen in de categorie "vrij ernstig" terecht komt.

Deze conclusie is verrassend, omdat tegen de verwachting in, de klinische groep zich in ernst van de klachten niet onderscheidt van de andere groepen. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Therapeuten zullen oordelen omtrent de ernst van de klacht baseren op een subjectieve norm die ontwikkeld is uit ervaringen met het type patiënt waarmee zij gewend zijn te werken. Het is derhalve mogelijk dat verschillende therapeuten niet met dezelfde maat meten: de ene therapeut zal een klacht zeer ernstig noemen als de patiënt in bepaalde situaties niet durft te reizen; een andere therapeut noemt een klacht pas zeer ernstig als opname overwogen moet worden als gevolg van een reeks handelingen van de patiënt die ernstige problemen opleveren voor hemzelf en voor zijn directe verwanten.

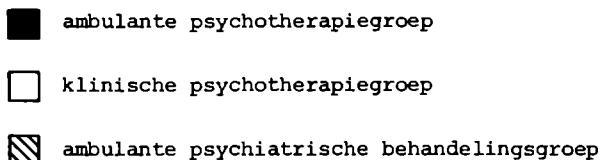
Deze situatie, die ook in de literatuur beschreven is (zie o.a. Kiesler, 1966), kan een verklaring bieden voor het uitblijven van verschillen tussen groepen in ernst van de klach-

Figuur 3.16. ERNSTSCORES: gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: klacht 3;
- als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken: klacht 2.



ten. Ondanks pogingen onzerzijds om de verschillende antwoordcategorieën (zeer ernstig - afwezig) zoveel mogelijk te definiëren in termen van objectieve gedragskarakteristieken die een "objectief" oordeel van de therapeut zouden moeten uitlokken (zie 2.3.3), blijft er voor de beoordelende therapeut speelruimte over voor eigen subjectieve taxaties. Voorts lijkt de veronderstelling gewettigd, dat een therapeut niet gauw geneigd zal zijn een klacht in algemene zin mild te noemen.

Naast deze verklaringen, die vooral betrekking hebben op de beoordelingsprocedure, lijkt ook een meer inhoudelijk georiënteerde verklaring mogelijk. Verschillen in uitkomsten tussen de analyses van de ernstscores en de analyses van het sociaal dysfunctioneren maken een dergelijke verklaring aannemelijk. We komen op dit thema terug na de analyse van de SSIAM in de volgende paragraaf (3.5.5).

### 3.5. AARD EN ERNST VAN SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN

Deze paragraaf bevat de analyses van de 45 items van de SSIAM (zie 2.3.4). De verschillen tussen de groepen worden in iedere vergelijking getoetst met behulp van een multivariate variantieanalyse en univariate variantieanalyses. In de univariate variantieanalyses toetsen we de verschillen tussen groepen (de niveaus van de factor) op iedere variabele afzonderlijk, in de multivariate variantieanalyse toetsen we de verschillen tussen de groepen op meerdere afhankelijke variabelen gezamenlijk.

De sets van negen items waarmee in de SSIAM dysfunctioneel gedrag binnen de vijf gebieden is vastgesteld, vormen de groepen van afhankelijke variabelen in de multivariate variantieanalyse. Vervolgens zullen we in iedere vergelijking tussen groepen meer gedetailleerd de aandacht richten op die items afzonderlijk waarbij blijkens een significante univariate F-waarde<sup>1</sup> een verschil tussen de groepen bestaat.

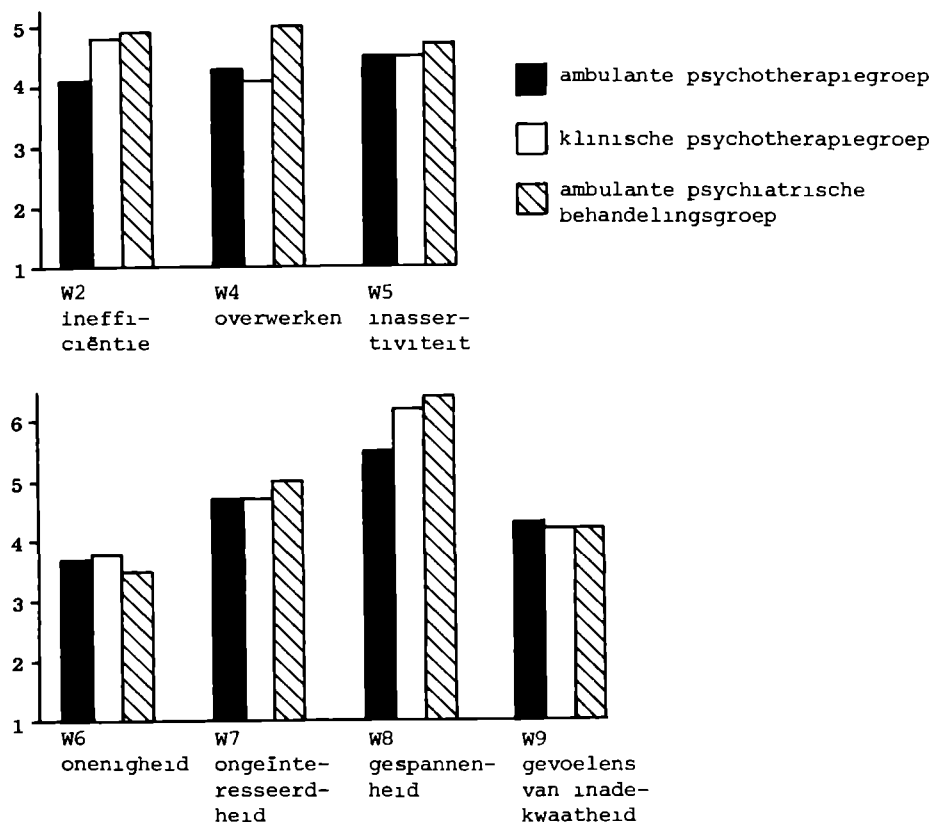
#### 3.5.1. SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN: DE WERKSITUATIE

Op de zeven items uit het gebied "werk" van de SSIAM leveren beide vergelijkingen van groepen geen verschillen op (de vergelijking van ambulante groepen: Mult.F=1.56; df=7,277; N.S.; de vergelijking van psychotherapiegroepen: Mult.F=1.44; df=7,277; N.S.).<sup>2</sup> (Zie figuur 3.17.)

- 
1. Omdat er vooraf geen sprake is van verwachtingen omtrent verschillen tussen groepen dienen we eventuele verschillen tweezijdig te toetsen (overschrijdingskans 5%).
  2. De analyse van alle negen items van het gebied "werk" wijst uit dat slechts een sterk gereduceerd aantal proefpersonen bijdraagt aan de analyse. Deze situatie blijkt voornamelijk veroorzaakt te worden door het grote aantal onbekende scores op de items W1 (instabiliteit) en W3 (niet succesvol). Deze items zijn veelvuldig als "niet van toepassing" gescoord als de proefpersoon een huisvrouw is. De multivariate variantieanalyse van de negen items zou systematisch deze groep proefpersonen uit de analyse verwijderen (listwise deletion in gebruikte programma MULTIVA). Wij hebben daarom besloten de beide items W1 en W3 konsekwent uit de multivariate variantieanalyses te verwijderen.



Figuur 3.17. SSIAM. de werksituatie. Gemiddelden voor iedere groep



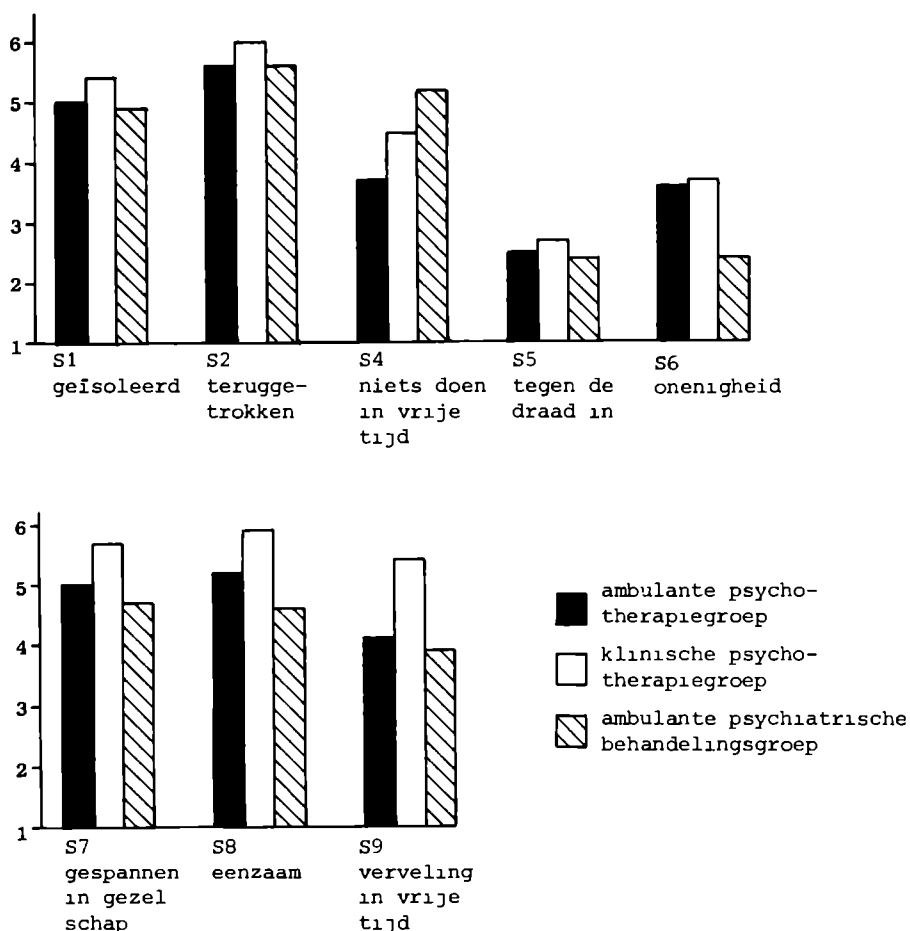
De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant.

- als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: W8;
- als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken W2 en W8.

### 3.5.2. SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN: HET SOCIALE LEVEN EN DE VRIJE TIJD

In beide vergelijkingen treffen we verschillen aan op basis van de acht items die deel uitmaken van het gebied "het sociale leven en de vrije tijd". De twee ambulante groepen verschillen in ernst van sociaal dysfunctioneren in situaties die betrekking hebben op sociale contacten en kenmerken van

Figuur 3.18. SSIAM: Het sociale leven en de vrije tijd. Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: S4 en S6;
- als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken: S4, S7 en S9.

de vrije tijd (Mult.F=7.05; df=8,289;  $p < .01$ ). Deze twee groepen verschillen met name univariaat op de items S4 (niets doen in vrije tijd) en S6 (onenigheid). De richting van de verschillen is bij deze twee items niet dezelfde.

Overigens blijkt uit figuur 3.18 dat het item S4 het enige item is waarbij de ambulante psychiatrische behandelingsgroep gemiddeld hoger scoort en dus meer problemen aangeeft dan de ambulante psychotherapiegroep. Ofschoon het patroon van de verschillen niet helemaal eenduidig is, geeft deze analyse voldoende aanwijzingen om te kunnen concluderen dat de groep met een ambulante psychiatrische behandeling op dit gebied minder onaangepastheid scoort dan de ambulante psychotherapiegroep.<sup>1</sup>

De twee psychotherapiegroepen verschillen op basis van de totale groep items van dit gebied van de SSIAM (Mult.F=3.00; df=8,289;  $p<.01$ ). De klinische psychotherapiegroep scoort consequent hoger dan de ambulante psychotherapiegroep. Ten aanzien van het gebied "sociaal leven en vrije tijd" is in de klinische psychotherapiegroep derhalve sprake van meer problematisch gedrag. In de univariate analyses vinden we verschillen tussen deze twee groepen op drie items: S4 (niets doen in vrije tijd), S7 (ge-spannen in gezelschap) en S9 (verveling in de vrije tijd).

### 3.5.3. SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN: DE HUWELIJKSSITUATIE

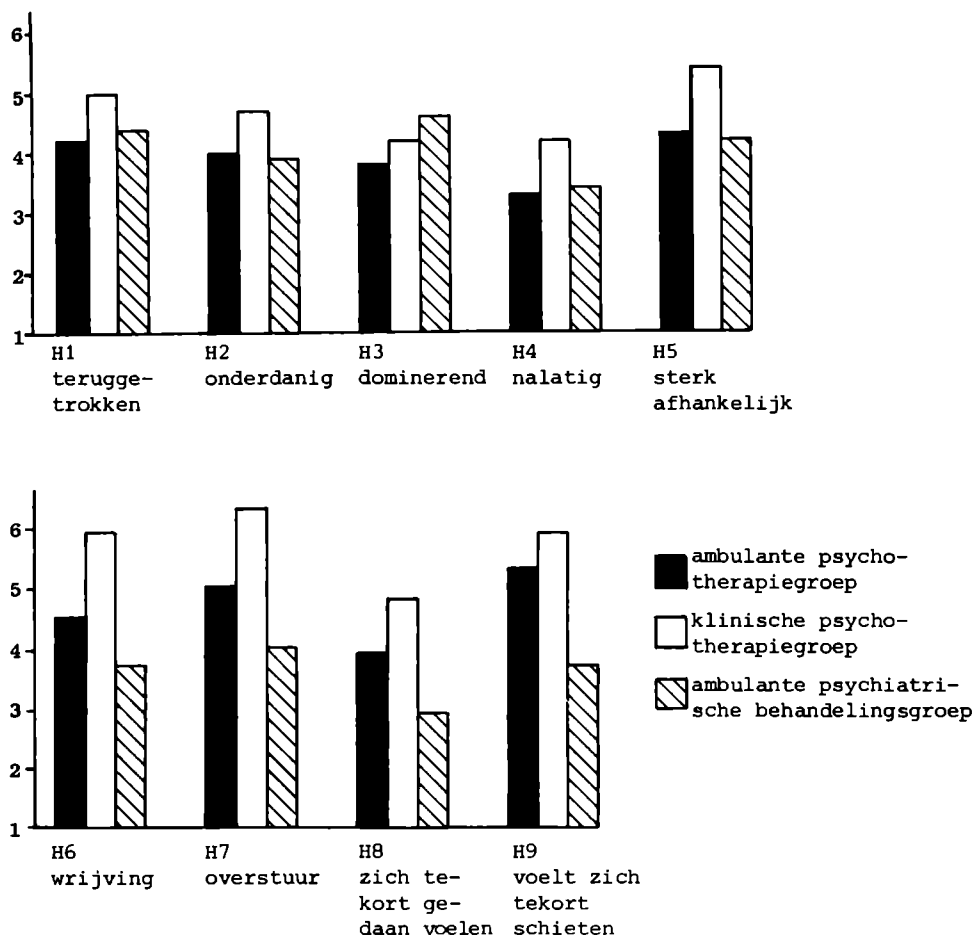
Beide vergelijkingen geven verschillen te zien tussen de groepen op basis van de negen items die betrekking hebben op aspecten van de huwelijks- of gezinssituatie (in de vergelijking van de ambulante groepen: Mult.F=4.32; df=9,244;  $p<.01$ ; in de vergelijking van de psychotherapiegroepen: Mult.F=2.66; df=9,244;  $p<.01$ ).

Bij het vergelijken van de ambulante groepen vinden we in de univariate variantieanalyses verschillen tussen de groepen

---

1) In deze analyse is het item S3 (onaangepast) verwijderd. Ook hier blijkt dat het grote aantal onbekende scores op enkel dit item een daling van het aantal proefpersonen dat bijdraagt aan de analyse van de verschillen op basis van de negen items, tot gevolg zou hebben. Het grote aantal onbekende scores op dit item S3 hangt samen met het feit dat de situatie waarop het item betrekking heeft nauwelijks voorkomt in de gemiddelde contacten van de proefpersonen. Het item vraagt namelijk naar de reacties op beledigingen van de kant van vrienden of bekenden.

Figuur 3.19. SSIAM: de huwelijkssituatie. Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: H3, H6, H7, H8, H9;
- als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken: H1, H4, H5, H6, H7, H8.

op de volgende vijf items: H3 (dominerend), H6 (wrijving), H7 (overstuur), H8 (zich tekort gedaan voelen) en H9 (voelt zich tekort schieten). In deze reeks vinden we één item (H3) waarbij de richting van het verschil afwijkt van de overige

items. Het merendeel van de items geeft hogere ernstscores te zien bij de ambulante psychotherapiegroep. (Zie figuur 3.19.)

Ook op dit gebied zijn de verschillen tussen de ambulante psychotherapiegroep en de groep met een ambulante psychiatrische behandeling niet helemaal eenduidig. Desondanks menen wij dat gesteld kan worden dat de groep met een ambulante psychiatrische behandeling minder dysfunctioneert op het gebied van het huwelijk dan de ambulante psychotherapiegroep.

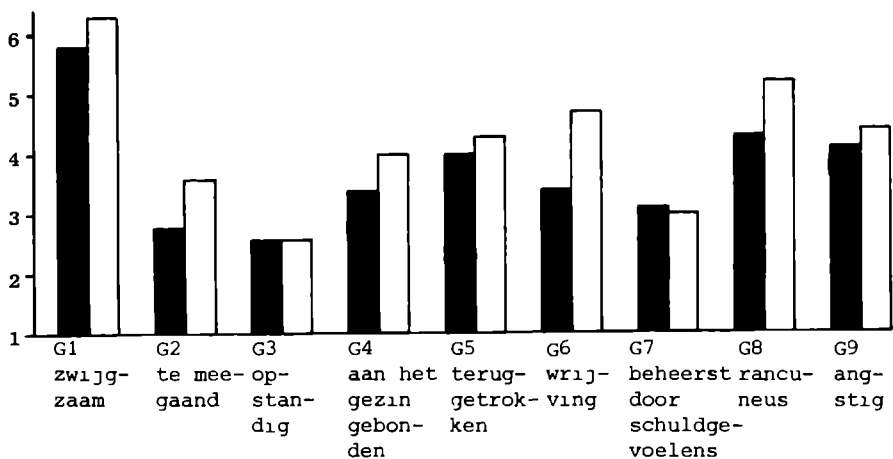
Er bestaat een duidelijk verschil in frekwentie en ernst van dysfunctioneren op het gebied van het huwelijk tussen de ambulante psychotherapiegroep en de klinische psychotherapiegroep. Bovendien is univariaat een verschil tussen beide groepen aantoonbaar op ieder van de volgende zes items afzonderlijk: H1 en H4 t/m H8. De richting van het verschil is steeds hetzelfde: de klinische psychotherapiegroep scoort op alle items steeds hoger in vergelijking met de andere psychotherapiegroep. Problematiek die het huwelijk betreft is frekwenter en in ernstiger mate aantoonbaar in de klinische psychotherapiegroep.

#### 3.5.4. SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN: DE OUDERLIJKE GEZINSSITUATIE EN SEXUALITEIT

Bij de laatste twee gebieden van de SSIAM "ouderlijk gezin" en "sexualiteit" is alleen het verschil tussen de twee psychotherapiegroepen nagegaan omdat in de groep met een ambulante psychiatrische behandeling de items van deze twee gebieden niet ter sprake zijn gebracht (zie 2.4.1).

Multivariaat gezien zijn er in beide gebieden verschillen tussen de groepen zodat geconcludeerd mag worden dat de twee psychotherapiegroepen uiteenlopen wat betreft de ernst van het sociaal dysfunctioneren op de gebieden "ouderlijk gezin" en "sexualiteit" (ouderlijk gezin: Mult.F=2.92; df=9,278;  $p<.01$ ; sexualiteit: Mult.F=3.43; df=8,168;  $p<.01$ ).

Figuur 3.20. SSIAM: de ouderlijke gezinssituatie. Gemiddelden voor iedere groep.

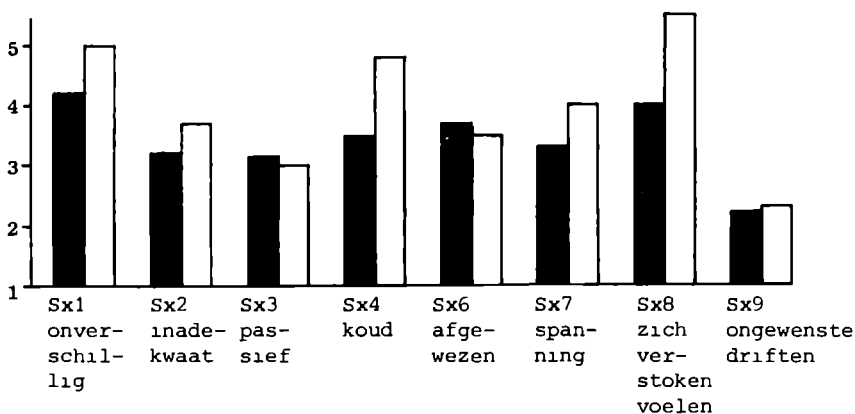


De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant: G2, G4, G6, G8.

■ ambulante psychotherapiegroep

□ klinische psychotherapiegroep

Figuur 3.21. SSIAM: sexualiteit. Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant: Sx1, Sx4, Sx7, Sx8.

In lijn met het voorafgaande zien we ook hier dat de klinische psychotherapiegroep op vrijwel alle items een hoger gemiddelde scoort en dus meer problematiek op deze twee gebieden rapporteert dan de ambulante psychotherapiegroep.' (Zie figuren 3.20 en 3.21.)

### 3.5.5. COMMENTAAR

In beide vergelijkingen tonen we verschillen aan tussen groepen in aard en ernst van sociaal dysfunctioneren. Deze uitkomst is tegengesteld aan de uitkomsten van de analyses van de ernstscores van de klachten. Er zijn ten aanzien van deze ernstscores namelijk geen verschillen tussen de groepen gevonden. De vraag is hoe deze overduidelijke tegenstelling te verklaren valt.

Naast de verklaringen die we eerder (in 3.4.2) betreffende de overeenkomst in ernstscores bij de drie groepen hebben gegeven, is er nog een andere verklaring mogelijk. Naar aanleiding van de analyse van groepsverschillen in de aard van de klachten (zie 3.4.1) hebben wij het vermoeden geopperd dat problemen in de relaties tussen de patiënt en zijn directe omgeving een belangrijke rol spelen bij de indicatie voor opname in een therapeutisch instituut. Dit vermoeden lijkt nu te worden bevestigd door de discrepantie tussen de bevindingen met de SSIAM en die met de ernstscores van de klachten. De indicatie voor opname lijkt gebaseerd op de ernst van de sociale conflictsituaties en niet zozeer op de ernst van de klachten. De sociale repercussies van klachten zijn blijkbaar belangrijker dan de ernst van de klachten zelf.

Onduidelijk blijft waarom we geen groepsverschillen vinden in aspecten van problematisch gedrag en problematische gevoe-

- 
- 1) De negen items van het gebied "sexualiteit" zijn gereduceerd tot acht. Het item Sx5 (niet gebonden) kent een groot aantal onbekende scores en is daarom uit de multivariate variantieanalyses verwijderd. Ook dit item wordt frekvent als "niet van toepassing" gescoord omdat de formulering van de vraag veel onduidelikheden bevat zodat veel interviewers van scoring hebben afgezien.

lens inzake het werk. Vermoedelijk is de bovengenoemde verklaring ook hier van toepassing: problemen in de werksituatie spelen een rol van minder betekenis bij het beslissingsproces dat voorafgaat aan de keuze van een behandeling.

### 3.6. PERCEPTIES VAN HET GEZIN EN VAN HET WERK

In deze paragraaf onderzoeken we de verschillen tussen onderzoeksgroepen met betrekking tot de percepties van het gezin en van het werk (zie 2.3.5). De toetsing van deze verschillen is op dezelfde wijze verricht als in de vorige paragraaf. De groepen zijn in eerste instantie vergeleken op basis van alle variabelen van één lijst. In elke vergelijking zijn twee multivariate F-waarden berekend: één op basis van de tien variabelen van de Gezinslijst en één op basis van de tien variabelen van de Werklijst.

In tweede instantie is nagegaan in hoeverre de groepen verschillen op basis van elke variabele afzonderlijk. Binnen iedere vergelijking wordt daartoe voor elke variabele een univariate F-waarde berekend.

Uit het oogpunt van begripsvalidering van deze twee lijsten is het zinvol te weten in hoeverre de waarneming van het gezin en van het werk van een groep proefpersonen die geen kontakten hebben met instellingen van geestelijke gezondheidszorg, afwijkt van die van onze proefpersonen die wel hulp hebben gezocht. Zoals we al eerder hebben aangekondigd bij de bespreking van de homogeniteit van de Gezins- en Werklijst onderzoeken we in deze paragraaf ook de percepties van het gezin en van het werk van een groep niet-hulpvragers.

We spreken over de begripsvaliditeit van een lijst wanneer een hypothetisch begrip een verklaring kan bieden voor het invullen van de lijst, waarbij het betreffende hypothetische begrip doorgaans een onderdeel vormt van meerdere onderling samenhangende begrippen in de vorm van een theorie (Drenth, 1968). De waarneming van de gezins- en werksituatie is op te



vatten als een dergelijk hypothetisch begrip. Deze waarneming zal, naar verwachting, samenhangen met de hulpvraag omdat de problematiek van de patiënt, die de aanleiding vormt tot de hulpvraag, mede bepaald wordt door zijn functioneren in de gezins- en werksituatie. Waarschijnlijk is er een wisselwerking tussen het functioneren van de patiënt in die twee situaties en de aard van zijn waarneming van karakteristieken van die situaties.

Al in het vorige hoofdstuk (2.5) hebben we duidelijk gemaakt dat de groep niet-hulpvragers niet kan worden beschouwd als een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Een zorgvuldige begripsvalidering van de Gezins- en Werklijst kan daarom niet plaatsvinden met het ons ter beschikking staande materiaal. Ondanks dit nadeel zullen wij de resultaten van de vergelijking tussen hulpvragers en niet-hulpvragers rapporteren, omdat de resultaten naar ons oordeel aanwijzingen bevatten voor de begripsvaliditeit van beide lijsten.

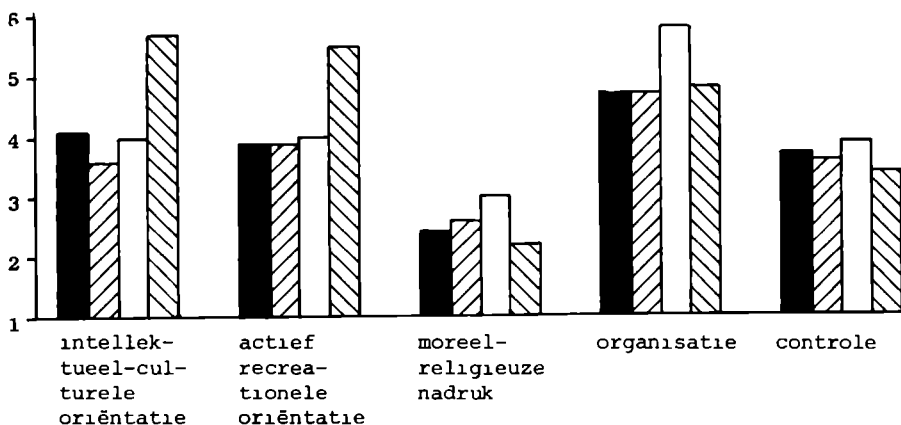
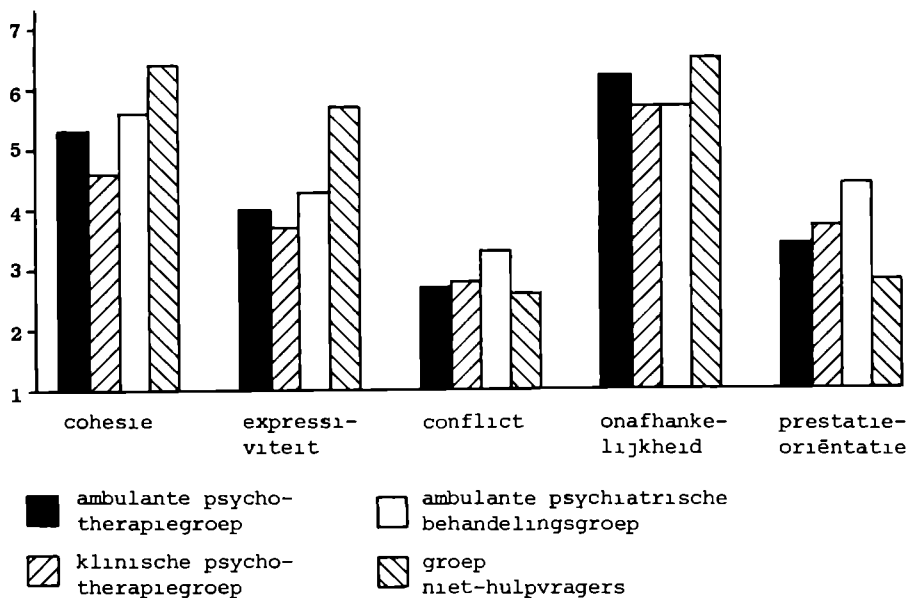
Om deze verschillen tussen groepen vast te stellen maken we opnieuw gebruik van multivariate en univariate variantieanalyses. We vergelijken de groep niet-hulpvragers met iedere groep hulpvragers afzonderlijk zodat de analyse bestaat uit drie vergelijkingen van telkens twee groepen. De uiteenlopende geaardheid van de drie hulpvragersgroepen kan in de drie vergelijkingen heterogene resultaten opleveren.

We bespreken in 3.6.1 en 3.6.2 de verschillen tussen de hulpvragersgroepen onderling. In 3.6.3 komen de verschillen tussen hulpvragers en niet-hulpvragers aan de orde.

### 3.6.1. PERCEPTIES VAN HET GEZIN

We vinden op basis van de gezamenlijke groep variabelen uit de Gezinslijst verschillen tussen de twee ambulante groepen (Mult.F=3.53; df=10,329;  $p<.01$ ) en de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=1.82; df=10,329;  $p<.05$ ). (Zie fig.3.22.)

Figuur 3.22. DIMENSIES VAN DE GEZINSOMGEVINGSLIJST: gemiddelden voor iedere groep<sup>1</sup>



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen vergelijken: conflict, onafhankelijkheid, prestatie-oriëntatie, moreel-religieuze nadruk, organisatie;
- als we de twee psychotherapiegroepen vergelijken: cohesie, onafhankelijkheid.

1) De vele verschillen in gemiddelden tussen de groep niet hulpvragers en de drie hulpvragersgroepen staan vermeld in 3.6.3.

Als we de verschillen tussen deze twee ambulante groepen voor iedere variabele apart bekijken zien we dat de ambulante psychiatrische behandelingsgroep in vergelijking met de ambulante psychotherapiegroep gemiddeld een lagere score op de dimensie "onafhankelijkheid" rapporteert. Dezelfde groep scoort gemiddeld hoger op de dimensies "conflict", "prestatie-oriëntatie", "organisatie" en "moreel-religieuze nadruk". Het verschil tussen beide groepen op de dimensie "onafhankelijkheid" laten we verder buiten beschouwing omdat we eerder (2.5.1) hebben vastgesteld dat deze dimensie niet homogeen is.

In de vergelijking van de twee psychotherapiegroepen zijn univariate F-waarden voor twee dimensies significant: "cohesie" en "onafhankelijkheid". Klinische psychotherapiepatiënten rapporteren gemiddeld minder cohesie en minder onafhankelijkheid in hun gezinnen dan de ambulante psychotherapiepatiënten. Als we de niet-homogene dimensie "onafhankelijkheid" wederom buiten beschouwing laten, is het onderscheid tussen deze twee groepen vooral gebaseerd op verschillen in de cohesie van de gezinssituatie.

Hoe moeten we deze resultaten interpreteren? Een eerste aanknopingspunt wordt gevormd door het aantal en de soort dimensies waarop de twee ambulante groepen verschillen in vergelijking met de twee psychotherapiegroepen. In beide opzichten is het verschil tussen de twee ambulante groepen veel duidelijker dan tussen de twee psychotherapiegroepen. Met betrekking tot de twee psychotherapiegroepen hebben we eerder geconstateerd dat er diepgaande verschillen bestaan tussen deze twee groepen in de mate van sociaal dysfunctioneren. Het enige verschil tussen deze groepen in waarneming van de gezinssituatie dat hiermee lijkt te corresponderen is het verschil in "cohesie". Daarbij vertoont de richting van de verschillen een zekere overeenstemming. Meer sociaal dysfunctioneren naast minder cohesie in de gezinssituatie voor de klinische psychotherapiegroep. Misschien is de dimensie

"cohesie" uit de Gezinslijst in bijzondere mate gevoelig voor de mate van sociaal dysfunctioneren van de patiënt in zijn gezinssituatie. Een dergelijke conclusie moet wel met de nodige voorzichtigheid getrokken worden omdat verschillen in demografische karakteristieken tussen de twee psychotherapiegroepen het verschil in "cohesie" kan hebben beïnvloed.

Het feit dat juist de dimensie "cohesie" in het onderscheid tussen de twee psychotherapiegroepen een belangrijke rol speelt, kan worden gezien als een verdere aanwijzing voor een eerder geformuleerde interpretatie van de verschillen tussen deze groepen. De perceptie van meer cohesie in het gezin in de ambulante psychotherapiegroep betekent waarschijnlijk dat de sociale ondersteuning in de ambulante psychotherapiegroep beter is. De noodzaak tot opname als gevolg van sociale (gezins-)conflicten is minder aanwezig in de ambulante groep. In dit verband is het vermeldenswaard dat de (weliswaar niet significante) verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen op de overige dimensies van de Gezinslijst alle gaan in de richting van een meer negatieve kijk op het gezin door patiënten uit de klinische groep.

De verschillen in percepties van de gezinssituatie tussen de twee ambulante groepen zijn anders van aard dan de verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen. Meer "conflict" en meer "prestatie-oriëntatie" kan wijzen op een meer negatieve kijk op het eigen gezin door patiënten in de ambulante psychiatrische groep. Ook lijken de achtergronden van de verschillen in perceptie tussen de ambulante groepen anders van karakter dan in de andere groepsvergelijking. De verschillen in waarnemingen van het gezin zouden hier wel eens minder samen kunnen vallen met verschillen in de mate van dysfunctioneren alswel met verschillen in andere kenmerken, met name in demografische karakteristieken. We weten dat de ambulante psychiatrische groep zich van de ambulante psychotherapiegroep sterk onderscheidt qua leeftijd (ouder), opleidingsniveau (lager), en burgerlijke staat (vaker gehuwd gedurende

een langere periode en dus al oudere kinderen in het gezin). Juist deze omstandigheden kunnen bepalend zijn voor de wijze waarop een patiënt in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep zijn gezin percipieert in tegenstelling tot een patiënt in de ambulante psychotherapiegroep.

Specifieke gezinskenmerken zoals een ambulante psychiatrische patiënt die waarneemt - meer conflicten, meer prestatiegericht bezig zijn, meer aandacht voor moreel-religieuze zaken en een meer strakke organisatie van allerlei activiteiten binnen het gezin - kunnen meer kenmerkend zijn voor een andere, met name lagere sociaal-maatschappelijke positie van de patiënten in deze groep of voor een andere fase waarin het gezin verkeert dan voor de aard en ernst van sociaal dysfunctioneren.

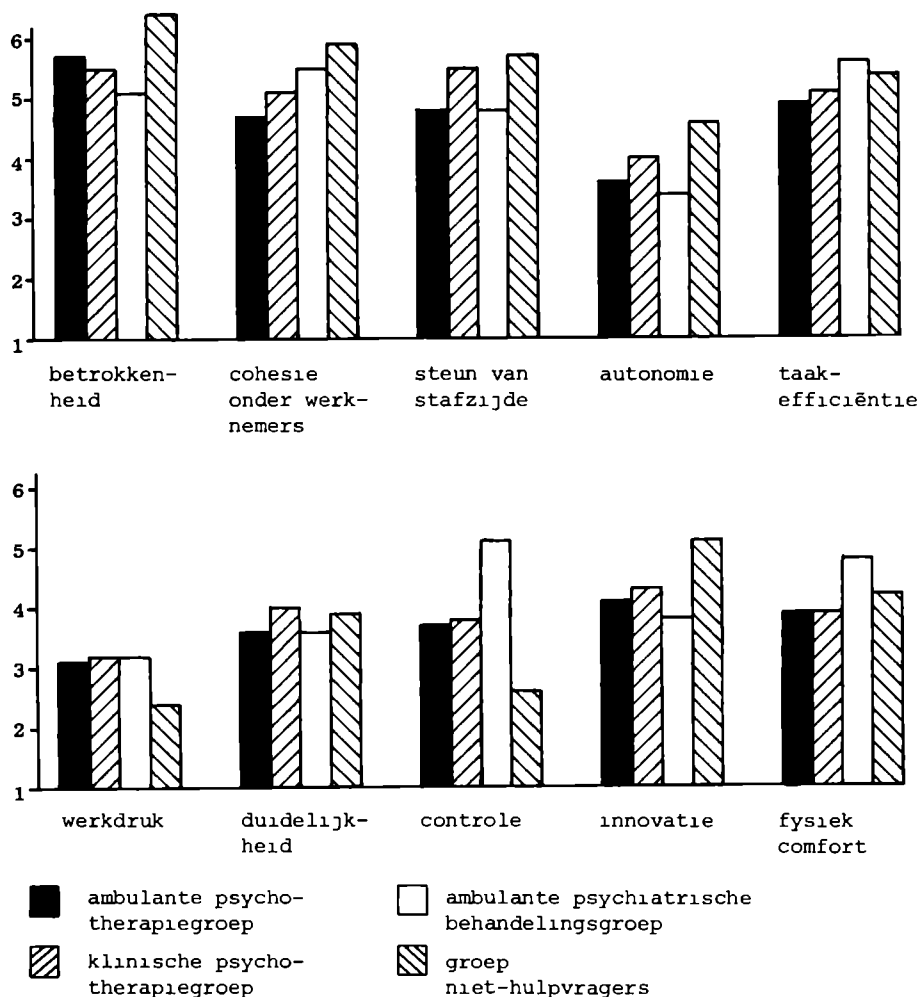
Door de verschillen tussen de groepen op allerlei kenmerken is het moeilijk de geconstateerde verschillen op de Gezinslijst eenduidig te interpreteren.

### 3.6.2. PERCEPTIES VAN HET WERK

Alleen in de vergelijking van de ambulante psychotherapiegroep met de ambulante psychiatrische behandelingsgroep vinden we een verschil op basis van de gezamenlijke dimensies van de Werklijst (Mult.F=2.09; df=10,215;  $p < .05$ ). Dit verschil is overigens moeilijk nader te omschrijven omdat slechts twee dimensies in de univariate variantieanalyses verschillen tussen de groepen te zien geven. In vergelijking met de ambulante psychotherapiegroep scoort de groep met een ambulante psychiatrische behandeling hoger op "controle" en "fysiek comfort". Uit 2.5.2 weten we dat de dimensie "controle" geen homogene dimensie is. Er blijft dus maar één dimensie over om het verschil nader aan te duiden, te weten fysiek comfort.

Gezegd moet worden dat uitgerekend deze dimensie inhoudelijk minder betekenis lijkt te hebben. De enige conclusie die de analyse van de Werklijst oplevert is de aanwezigheid van verschil tussen de twee ambulante groepen en de afwezig-

Figuur 3.23. DIMENSIES VAN DE WERKOMGEVINGSLIJST: gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen vergelijken: controle, fysiek comfort;
- als we de groep niet-hulpvragers met de ambulante psychiatische behandelingsgroep vergelijken: betrokkenheid, autonomie, werkdruk, controle, innovatie.

heid ervan tussen de beide psychotherapiegroepen. Deze conclusie is in die zin opvallend dat de geringe verschillen

tussen de groepen inzake de percepties van de werkomgeving overeenkomen met het ontbreken van verschillen tussen groepen met betrekking tot aard en ernst van sociaal dysfunctioneren in de werksituatie. (Zie figuur 3.23.)

De vergelijking van de groepen in percepties van de gezins- en werksituatie is als volgt samen te vatten. De beide ambulante groepen verschillen op beide lijsten het meest. We vinden meer uitgesproken groepsverschillen op de Gezinslijst dan op de Werklijst. De aangetoonde verschillen lijken te duiden op een minder problematische kijk op de gezinssituatie in de ambulante psychotherapiegroep in vergelijking met de andere groepen. De interpretatie van deze verschillen is niet direct duidelijk. Het is mogelijk dat de verschillen in waarneming van met name het gezin corresponderen met verschillen in aard en ernst van sociaal dysfunctioneren. Anderzijds zouden de verschillen in perceptie van gezin en werk uit de corresponderende demografische verschillen kunnen worden verklaard.

### 3.6.3. PERCEPTIES VAN HET GEZIN EN VAN HET WERK VAN EEN GROEP NIET HULP-VRAGERS

Met betrekking tot de Gezinslijst vinden we verschillen bij de vergelijking van de groep niet-hulpvragers met de ambulante psychiatrische behandelingsgroep (Mult.F=6.50; df=10,329;  $p < .0001$ ), met de klinische psychotherapiegroep (Mult.F=9.36; df=10,329;  $p < .0001$ ) en met de ambulante psychotherapiegroep (Mult.F=6.14; df=10,329;  $p < .0001$ ) (zie fig.3.22).

In de univariate variantieanalyses treffen we de meeste verschillen aan tussen de groep niet-hulpvragers en de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. In deze vergelijking verschillen de twee groepen op alle dimensies afzonderlijk, uitgezonderd op de dimensie "controle". De minste verschillen zien we als we de ambulante psychotherapiegroep met de groep niet-hulpvragers vergelijken. Deze groepen verschillen

op vier dimensies: "cohesie", "expressiviteit", "intellectueel-culturele oriëntatie" en "actief-recreationele oriëntatie". Voor wat de verschillen betreft tussen de klinische psychotherapiegroep en de groep niet-hulpvragers treffen we zes dimensies aan waarop de twee groepen verschillen: "cohesie", "expressiviteit", "onafhankelijkheid", "prestatie-oriëntatie", "intellectueel-culturele oriëntatie" en "actief-recreationele oriëntatie".

Met betrekking tot de Werklijst treffen we een ander beeld aan. Alleen in de vergelijking van de groep niet-hulpvragers met de ambulante psychiatrische behandelingsgroep zien we een verschil (Mult.F=3.28; df= 10,215;  $p < .001$ ). Tussen de ambulante psychotherapiegroep en de groep niet-hulpvragers is er geen verschil (Mult.F=1.32; df=10,215; N.S.) en evenmin een verschil tussen de klinische psychotherapiegroep en de groep niet-hulpvragers (Mult.F=1.76; df=10,215; N.S.) (zie figuur 3.23).

Het ontbreken van verschillen bij de multivariate variantieanalyses is in die zin merkwaardig dat de univariate variantieanalyses wel verschillen aantonen op een aantal afzonderlijke dimensies. Zo treffen we in vergelijking met de groep niet-hulpvragers in de ambulante psychotherapiegroep minder cohesie aan onder werknemers, minder steun van stafzijde, minder autonomie, meer werkdruk, meer controle en minder innovatie. Ten aanzien van de klinische psychotherapiegroep zien we een vergelijkbaar beeld: minder betrokkenheid, meer werkdruk en meer controle. Als we de ambulante psychiatrische behandelingsgroep vergelijken met de groep niet-hulpvragers treffen we verschillen aan op de dimensies "betrokkenheid", "autonomie", "werkdruk", "controle" en "innovatie".

De aangetroffen verschillen zijn opvallend consistent. Steeds als er sprake is van een verschil blijkt de groep niet-hulpvragers ten aanzien van het betreffende kenmerk een meer positieve kijk te hebben op het gezin of op de werksituatie.



In dit opzicht vinden we geen verschillen tussen de drie vergelijkingen van groepen.

Wel vinden we verschillen tussen de hulpvragersgroepen in termen van het aantal dimensies. Zo zien we dat de ambulante psychiatrische behandelingsgroep verreweg de minste overeenkomsten vertoont met de groep niet-hulpvragers. De vergelijking tussen deze twee groepen krijgt met name inhoud op basis van drie dimensies, "conflict", "moreel-religieuze nadruk" en "organisatie". We vinden alleen op deze dimensies verschillen bij deze groepsvergelijking.

Tot slot moet worden opgemerkt dat de Gezinslijst gevoeliger blijkt voor verschillen tussen hulpvragers en niet-hulpvragers dan de Werklijst.

De vraag rijst, wat deze resultaten voor de begripsvaliditeit van de twee lijsten betekenen. De hulpvragers hebben in meerdere opzichten een meer negatieve kijk op de gezinssituatie dan de niet-hulpvragers. Dit resultaat kan wijzen op een zekere begripsvaliditeit van de Gezinslijst. De argumentatie hiervoor is de volgende. Klachten en vormen van sociaal dysfunctioneren zijn kenmerkend voor personen die om hulp vragen. Dergelijke kenmerken zijn op te vatten als stoornissen in de reacties van de patiënt op zijn omgeving. Deze reacties zullen invloed uitoefenen op de waarneming door de patiënt van zijn omgeving. Deze waarneming, die als een cognitieve persoonlijkheidsvariabele kan worden beschouwd, correspondeert daardoor met aard en ernst van het sociaal dysfunctioneren of met klachten.

Ten aanzien van de Werklijst gelden deze overwegingen in mindere mate. De verschillen tussen hulpvragers en niet-hulpvragers zijn daar minder consistent.

Verschillen in de waarneming van het gezin of van het werk kunnen echter ook feitelijke verschillen in gezinnen weer spiegelen. In een dergelijke situatie kunnen we beter spreken van predictieve validiteit (in de Angelsaksische literatuur spreekt men van "concurrent validity"). Het invullen van de

lijsten voorspelt in feite een kenmerk van de gezinssituatie of de werksituatie. De gegevens met betrekking tot de Gezins- en Werklijst bevatten aanwijzingen voor de predictieve validiteit van beide lijsten.

Een duidelijk voorbeeld hiervan zijn de verschillen op de Gezins- en Werklijst tussen de ambulante psychiatrische groep en de groep niet-hulpvragers. Uit eerder vermelde demografische gegevens van de groep niet-hulpvragers (zie 2.5) kan worden afgeleid dat deze groep juist in demografisch opzicht de meest duidelijke verschillen vertoont met de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Het ligt daarom voor de hand dat we tussen deze twee groepen de meeste verschillen aantreffen.

Met de ons ter beschikking staande gegevens is geen duidelijke conclusie mogelijk ten aanzien van de constructvaliditeit dan wel de predictieve validiteit van de twee lijsten. Wel kunnen we voor beide vormen van validiteit spreken van aanwijzingen.

### 3.7. CONCLUSIES

We hebben duidelijke verschillen aangetroffen tussen de drie onderzoeksgroepen bij het begin van de behandeling. Met betrekking tot demografische karakteristieken, karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis en waarnemingen van het gezin en van het werk hebben we de meeste verschillen aangetroffen tussen de twee ambulante groepen. De twee psychotherapiegroepen daarentegen vertonen in deze karakteristieken veel overeenkomsten.

De verschillen tussen de groepen in de twee vergelijkingen op basis van de overige kenmerken die wij hebben onderzocht - aard en ernst van klachten en de mate van sociaal dysfunctioneren - lopen hiermee niet parallel. Op enkele uitzonderingen na vinden we geen verschillen in soort klachten, ernst

van de klachten en in de mate van sociaal dysfunctioneren in de werksituatie. Wel zien we duidelijk verschillen in de aard en de ernst van het sociaal dysfunctioneren in de overige gebieden van de SSIAM. Vooral het verschil tussen de twee psychotherapiegroepen springt in het oog: de klinische psychotherapiegroep toont meer problemen op al deze gebieden.

Onze gegevens wijzen erop dat de mate van sociaal dysfunctioneren een rol speelt bij de beslissing voor een ambulante dan wel een klinische psychotherapie, terwijl sociaal-demografische karakteristieken grotendeels bepalend lijken te zijn voor een beslissing in de richting van een psychotherapeutische dan wel een psychiatrische behandeling.

## Hoofdstuk 4

### Resultaten: kenmerken van patienten bij de nameting

#### 4.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk willen we antwoorden geven op vragen naar veranderingen in sociaal dysfunctioneren en veranderingen in de waarneming van gezin en werk tussen de voormeting en de nameting. Daarnaast bestuderen we het oordeel van de patiënt en de therapeut over de behandeling (zie 1.5).

De opzet van het hoofdstuk ziet er uit als volgt. Voordat we veranderingen kunnen bestuderen onderzoeken we in 4.2 eerst of er verschillen of overeenkomsten zijn op de voormeting tussen de groep patiënten waarvan we alleen de voormeting hebben en de groep patiënten waarvan we ook de nameting hebben. Gemakshalve zullen we in het vervolg spreken over M-groepen (groepen met nameting) en Z-groepen (groepen zonder nameting). We weten al dat de M-groepen veel kleiner zijn dan de Z-groepen (zie 2.2.1, p.32 en tabel 2.1). In 2.4.2 (p.62) hebben we het vermoeden geopperd dat er inhoudelijke verschillen kunnen zijn tussen de M- en Z-groepen.

De rest van dit hoofdstuk heeft steeds betrekking op de M-groepen. In 4.3 onderzoeken we de verschillen bij de nameting tussen de oorspronkelijke onderzoeksgroepen met betrekking tot sociaal dysfunctioneren, ernst van klachten en de waarneming van gezin en werk. Hierbij gebruiken we dezelfde analyse als in het vorige hoofdstuk. De vraag is dan aan de orde in hoeverre de verschillen of overeenkomsten tussen de

drie onderzoeksgroepen bij de nameting dezelfde zijn als bij de voormeting.

In 4.4 bestuderen we de veranderingen tussen de voormeting en de nameting op basis van individuele verschillcores. We gaan na in hoeverre de drie onderzoeksgroepen overeenkomen dan wel verschillen in aard en intensiteit van die veranderingen. Paragraaf 4.5 behandelt de tevredenheidsoordelen bij de nameting.

#### 4.2. VERGELIJKING VAN DE GROEP PATIENTEN MET EEN NAMETING EN ZONDER EEN NAMETING

Zoals we al eerder hebben aangegeven moeten we in deze paragraaf nagaan in welke mate de grote uitval uit het onderzoek gerelateerd is aan verschillen op de voormeting tussen de M- en de Z-groep. Het gaat om de vraag of de groep patiënten waarvan we in dit hoofdstuk de veranderingen tussen voor- en nameting gaan bestuderen, verschilt van de groep patiënten waarvan we in het vorige hoofdstuk alleen de voormetingen hebben bestudeerd. Als dat zo is dan zullen we daarmee rekening moeten houden bij de conclusies van dit hoofdstuk.

Alle variabelen van de voormeting, uitgezonderd de Gezins- en Werklijst, hebben we in de analyse betrokken. Verschillen tussen groepen zijn opgespoord door middel van  $\chi^2$ -toetsen of t-toetsen.

##### Demografische variabelen

In de twee psychotherapiegroepen vinden we op demografische variabelen geen verschillen, op één uitzondering na: in de ambulante psychotherapiegroep zien we in groep M meer patiënten met een opleiding op MAVO-niveau. De meeste verschillen zien we in de ambulante psychiatrische groep; het betreft de variabelen "geslacht", "bron van inkomsten" en "beroeps-situatie". Nader gespecificeerd: in de groep patiënten waarvan we een nameting hebben zien we relatief meer vrouwen,

meer patiënten die via arbeid hun inkomen verkrijgen en, daarmee samenhangend, meer patiënten die werkzaam zijn.

Onze conclusie luidt dat er weinig verschillen zijn op demografische variabelen tussen de groepen M en Z.

### Karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis

Vrijwel alleen in de ambulante psychotherapiegroep verschillen de groepen M en Z met betrekking tot karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis. In deze groep vinden we in de M-groep minder patiënten waarvan verwanten ook contacten hebben met de GGZ; meer patiënten die niet eerder psychotherapeutisch zijn behandeld of daartoe pogingen hebben ondernomen; meer patiënten die in het verleden *geen* contacten hebben gehad met psychologen; en tenslotte meer patiënten die door een huisarts zijn verwezen.

In de ambulante psychiatrische behandelingsgroep zien we bij de groep patiënten waarvan we de nameting hebben relatief minder patiënten die in het verleden met psychiaters contact hebben gehad.

De verschillen tussen de M- en Z-groepen in de ambulante psychotherapiegroep hangen onderling samen. In de M-groep van de ambulante psychotherapiegroep zijn de patiënten die voor de eerste maal psychotherapeutische hulp krijgen, oververtegenwoordigd. Dit kenmerk van de M-groep hangt niet samen met de ernst van de problematiek omdat we geen verschillen vinden bij de twee desbetreffende variabelen ("duur van de hulpverleningsgeschiedenis" en "percentage patiënten dat ooit eerder psychiatrisch opgenomen is geweest").

### Aard en ernst van klachten

De weinige verschillen die we hier aantreffen vinden we allemaal in de twee ambulante groepen. In de ambulante psychiatrische groep zien we in de M-groep meer patiënten met angstklachten, minder patiënten met stemmingsklachten, en meer patiënten die relationele klachten opgeven. De verschillen in de ambulante psychotherapiegroep vinden we bij psychoso-

matische klachten en zelfbeeldklachten. In de M-groep vinden we minder patiënten die dit type klachten opgeven.

Ten aanzien van de ernst van de klachten bij de voormeting vinden we geen verschillen tussen de M- en de Z-groep.

### SSIAM

Op de SSIAM vinden we in de ambulante psychotherapiegroep tussen de M- en Z-groep de meeste verschillen. De verschillen zijn geconcentreerd op de gebieden "sociaal leven en vrije tijd" en "ouderlijk gezin". Alle gevonden verschillen op de voormeting wijzen op meer problemen in de Z-groep (zie tabel 4.1).

### Conclusie

We hebben ons in het begin van deze paragraaf de vraag gesteld of de M-groepen van de Z-groepen zodanig op variabelen van de voormeting verschillen, dat we daar bij de interpretatie van de resultaten rekening mee moeten houden. Dat blijkt ten dele het geval. Vooral van betekenis lijkt met name te zijn dat we in de ambulante psychotherapiegroep te maken hebben met een M-groep die op de voormeting in sociaal opzicht beter functioneert.

### 4.3. DE SITUATIE OP HET MOMENT VAN NAMETING

Deze paragraaf behandelt de verschillen tussen de groepen op het moment van de nameting. De resultaten van deze analyses zullen we vergelijken met de resultaten van het vorige hoofdstuk teneinde na te gaan in hoeverre overeenkomsten of verschillen tussen beide meetmomenten in relatie staan tot het behandelingsresultaat van de drie groepen en tot de desbetreffende groepsverschillen. De opzet van deze paragraaf is in grote lijnen dezelfde als die van de overeenkomstige paragrafen in het vorige hoofdstuk. De verschillen tussen de groepen op de ernstscores van de klachten zijn onderzocht

Tabel 4.1. Gemiddelde scores van twee subgroepen op de SSIAM-items van de voormeting: de groep zonder nameting en met nameting.

		zonder nameting	met nameting
<b>WERK</b>			
ambulante psychotherapiegroep	W2	5.2	4.0
	W9	5.1	4.0
klinische psychotherapiegroep	W4	5.1	3.9
<b>SOCIAAL LEVEN EN VRIJE TIJD</b>			
ambulante psychotherapiegroep	S1	5.7	4.7
	S2	6.2	5.2
	S6	4.2	3.3
	S7	5.7	4.6
	S8	6.0	5.0
ambulante psychiatrische behandelingsgroep	S1	6.1	4.8
	S5	2.9	2.2
	S7	4.1	5.4
<b>OUDERLIJK GEZIN</b>			
ambulante psychotherapiegroep	G1	6.8	5.4
	G2	3.1	2.6
	G5	4.6	3.8
	G6	4.8	3.3
	G7	3.7	2.7
	G8	5.2	3.9
	G9	4.5	3.8
<b>HUWELIJK</b>			
ambulante psychotherapiegroep	H3	4.4	3.6
	H6	5.5	4.0
	H8	4.9	3.6
<b>SEXUALITEIT</b>			
ambulante psychotherapiegroep	Sx4	4.5	3.5
klinische psychotherapiegroep	Sx9	1.9	2.5

N.B. alleen de items waarop de twee groepen verschillen zijn in de tabel opgenomen.



met univariate variantieanalyses (4.3.1). De analyses van de items van de SSIAM staan weergegeven in 4.3.2. Ook nu onderzoeken we verschillen tussen groepen met multivariate en univariate variantieanalyses. Hetzelfde geldt voor het onderzoek naar de verschillen tussen de groepen inzake de waarneming van het gezin en van het werk (4.3.3)<sup>1</sup>

#### 4.3.1. DE ERNST VAN DE KLACHTEN

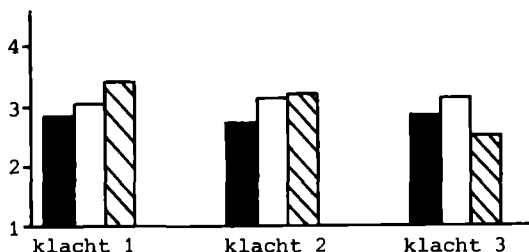
Bij het einde van de behandeling is opnieuw de ernst van de klachten gescoord door de therapeut (in de twee psychotherapiegroepen) en door de interviewer (in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep). We vinden alleen een verschil tussen de twee ambulante groepen op basis van de ernstscores van klacht één ( $F=6.56$ ;  $df=1,259$ ;  $p<.01$ ). Tussen de twee psychotherapiegroepen vinden we geen enkel verschil (zie figuur 4.1).

De gemiddelde ernstscores liggen in de drie groepen rondom de schaalwaarde drie. De ernst van de klachten wordt daarmee als "mild" beoordeeld. De conclusie is dat we bij de naming vrijwel geen verschillen aantreffen tussen de groepen in ernst van de klachten. Deze conclusie is gelijk aan die van de voormeting: ook daar hebben we in dit opzicht vrijwel geen verschillen aangetroffen.

---

1) Bij het toetsen van verschillen tussen groepen bij de nameting zullen we in alle gevallen tweezijdig toetsen omdat we vooraf geen duidelijke verwachtingen omtrent deze verschillen hebben geformuleerd (overschrijdingskans 5%).

Figuur 4.1. NAMETING ERNSTSCORES: gemiddelden voor iedere groep.



Het verschil tussen de twee ambulante groepen bij klacht 1 is significant.

- ambulante psychotherapiegroep
- klinische psychotherapiegroep
- ambulante psychiatrische behandelingsgroep

#### 4.3.2. DE AARD EN ERNST VAN HET SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN

##### 4.3.2.1. Sociaal dysfunctioneren: de werksituatie

We vinden verschillen tussen de twee ambulante groepen (Mult.F=2.81; df=7,150;  $p < .01$ ) en tussen de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=4.13; df=7,150;  $p < .001$ ) op basis van zeven items van de SSIAM die betrekking hebben op de werksituatie.<sup>1</sup>

In de vergelijking van de twee ambulante groepen treffen we bij vier items ook in de univariate variantieanalyses ver-

1) Wij brengen in herinnering dat we bij het analyseren van de items van de verschillende gebieden van de SSIAM, twee items van het gebied "werk" uit de analyse hebben verwijderd (W1: instabiliteit; W3 niet succesvol), één item van het gebied "sociaal leven" (S3: inflexibel) en één item van het gebied "sexualiteit" (Sx5: niet gebonden). Van de genoemde vier items zijn veel scores onbekend als gevolg van het feit dat veel interviewers deze items als "niet van toepassing" hebben gescoord. Het opnemen van juist deze vier items zou het aantal proefpersonen waarop de analyses zijn gebaseerd, sterk hebben verlaagd (listwise deletion).

schillen aan: W4 (overwerken), W5 (inassertiviteit), W6 (conflict) en W8 (gespannenheid). Uit figuur 4.2 blijkt dat de ambulante psychotherapiegroep op deze vier items gemiddeld lager scoort en dus minder problemen rapporteert.

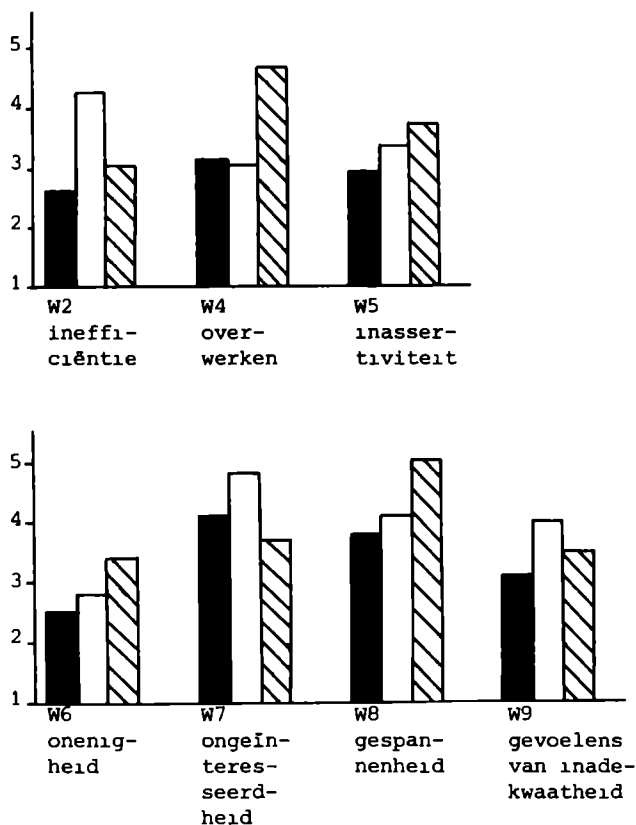
De twee psychotherapiegroepen verschillen op twee items: W2 (inefficiëntie) en W9 (gevoelens van inadekwaatheid). Op beide items scoren patiënten van de ambulante psychotherapiegroep lager. Bij het einde van de behandeling rapporteren patiënten van de ambulante psychotherapiegroep minder problemen met het sociale functioneren in de werksituatie dan de patiënten in de klinische psychotherapiegroep.

Dit resultaat komt niet overeen met het resultaat van de analyse van verschillen op de overeenkomstige SSIAM-items op de voormeting. Bij de voormeting hebben we geen groepsverschillen geconstateerd. Het is mogelijk dat de nu gevonden verschillen tussen de groepen toegeschreven moeten worden aan de selectiviteit van de groep waarmee we in de ambulante psychotherapiegroep bij de nameting te maken hebben.

#### 4.3.2.2. Sociaal dysfunctioneren: het sociale leven en de vrije tijd

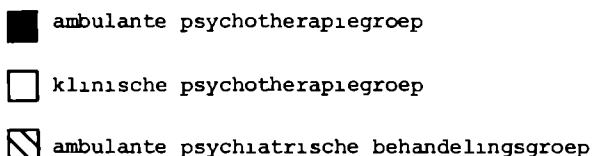
Bij het einde van de behandeling vinden we op dit gebied van de SSIAM verschillen tussen de twee ambulante groepen (Mult.F=2.73; df=8,212;  $p < .01$ ) en de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=3.58; df=8,212;  $p < .001$ ). Als we de twee ambulante groepen vergelijken door middel van univariate variantieanalyses blijken patiënten in de ambulante psychotherapiegroep gemiddeld lager te scoren op de items S2 (teruggetrokken) en S4 (niets doen in vrije tijd). Dit resultaat wijst op minder gedragsproblemen in de ambulante psychotherapiegroep dan in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. De twee psychotherapiegroepen verschillen op alle afzonderlijke items van dit gebied met uitzondering van het item S6 (conflict). Uit figuur 4.3 blijkt dat de ambulante psychotherapiegroep op al die items gemiddeld lager scoort en dus minder problemen rapporteert.

Figuur 4.2. NAMETING SSIAM: de werksituatie. Gemiddelden voor iedere groep.

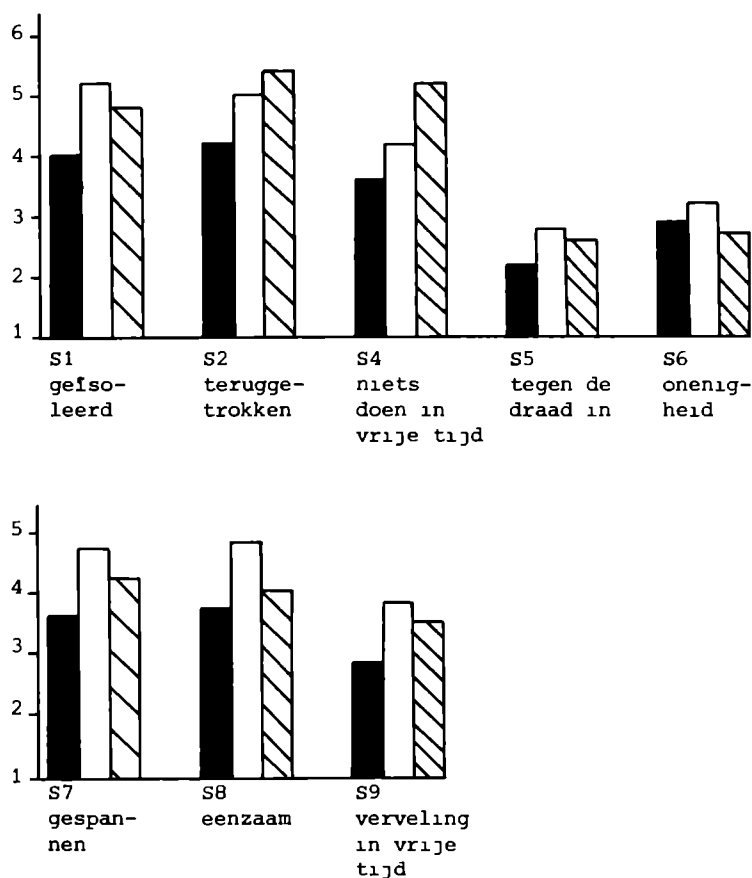


De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: W4, W5, W6, W8;
- als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken: W2, W9.



Figuur 4.3. NAMETING SSIAM: Het sociale leven en de vrije tijd.  
Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:  
 - als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: S2 en S4;  
 - als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken: S1, S2, S4, S5, S7, S8 en S9.

- ambulante psychotherapiegroep
- klinische psychotherapiegroep
- ambulante psychiatrische behandelingsgroep.

De vergelijking van de twee ambulante groepen levert bij de nameting een ander resultaat op dan bij de voormeting. Bij de voormeting hebben we gezien dat de ambulante psychotherapiegroep meer problemen rapporteerde dan de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Bij de nameting is het omgekeerde het geval. Dit verschil tussen de resultaten van resp. voor- en nameting kan het gevolg zijn van een gewijzigde samenstelling van de ambulante psychotherapiegroep bij de nameting.

De verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen zijn op beide meetmomenten vergelijkbaar: de klinische psychotherapiegroep rapporteert in allerlei aspecten van het sociale leven en de vrije tijd meer problemen dan de ambulante psychotherapiegroep.

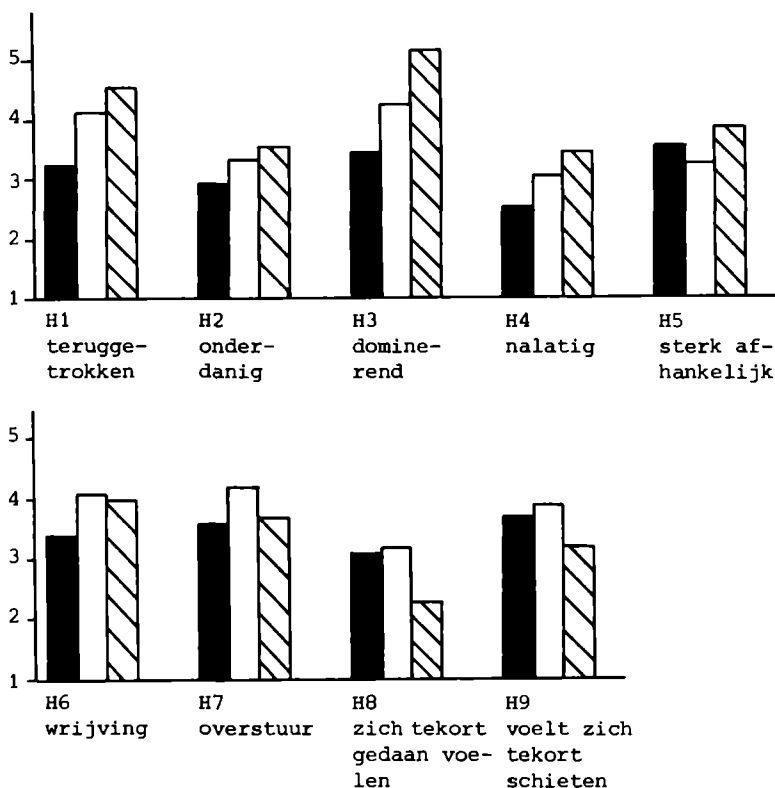
#### 4.3.2.3. Sociaal dysfunctioneren: de huwelijkssituatie

De twee ambulante groepen verschillen op items van de SSIAM die betrekking hebben op de huwelijkssituatie (Mult.F=4.05; df=9,149;  $P < .001$ ). Dezelfde situatie treffen we aan bij de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=2.14; df=9,149;  $p < .05$ ). (Zie figuur 4.4.)

De ambulante psychotherapiegroep scoort lager dan de ambulante psychiatrische groep op de items H1 (teruggetrokkenheid) en H3 (dominerend). We constateren nu dat de patiënten van de ambulante psychotherapiegroep bij de nameting minder problemen in de sfeer van huwelijk en gezin rapporteren dan de patiënten van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Eenzelfde resultaat geven de univariate analyses van de verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen te zien. De patiënten van de ambulante psychotherapiegroep scoren lager en dus minder problematisch dan de patiënten van de klinische psychotherapiegroep. De groepen verschillen op exact dezelfde items, te weten H1 en H3.

Vergelijken we de resultaten van de analyses van de nameting met die van de voormeting dan zien we hetzelfde patroon als bij de vorige groep SSIAM-items. Bij de voormeting meldt de ambulante psychotherapiegroep meer problemen in huwelijk

Figuur 4.4. NAMETING SSIAM: de huwelijkssituatie. Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen onderling vergelijken: H1 en H3;
- als we de twee psychotherapiegroepen onderling vergelijken: H1 en H3.

■ ambulante psychotherapiegroep

□ klinische psychotherapiegroep

▨ ambulante psychiatrische behandelingsgroep

of gezin dan de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Bij de nameting is de richting van het verschil precies andersom. Op dat moment meldt de ambulante psychotherapiegroep de minste problemen. De verschillen tussen de twee psycho-

therapiegroepen zijn op de twee meetmomenten identiek: de ambulante groep rapporteert minder problemen dan de klinische groep. Ook hier geldt dat de gunstiger positie van de ambulante psychotherapiegroep ten opzichte van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep bij de nameting beïnvloed kan zijn door de gewijzigde samenstelling van de eerstgenoemde groep bij de nameting.

#### 4.3.2.4. Sociaal dysfunctioneren: de ouderlijke gezinssituatie en sexualiteit

Met betrekking tot deze twee gebieden van de SSIAM kunnen we alleen het verschil tussen de twee psychotherapiegroepen onderzoeken. Op beide gebieden vinden we verschillen (de ouderlijke gezinssituatie: Mult.F=2.57; df=9,175;  $p<.01$ ; sexualiteit: Mult.F=2.55; df=8,118;  $p<.01$ ). Dit betekent dat de ambulante psychotherapiegroep minder zwijgzaam (G1) en minder teruggetrokken is (G5), minder wrijving meldt (G6), minder beheerst wordt door schuldgevoelens (G7), minder rancuneus (G8) en minder angstig (G9) is. (Zie de figuren 4.5 en 4.6.)

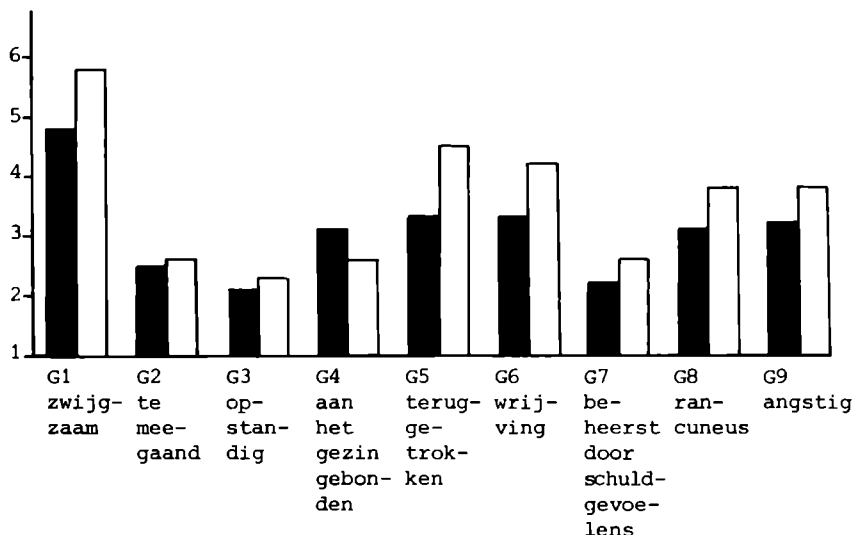
In grote lijnen zien we hetzelfde beeld met betrekking tot het verschil op de groep items rond sexualiteit. De ambulante psychotherapiegroep meldt minder inadekwat gedrag (Sx2), minder passiviteit (Sx3) en minder koel gedrag jegens de partner (Sx4). Verder is de ambulante groep minder gespannen (Sx7) en heeft zij minder ongewenste verlangens (Sx9). Deze situatie bij de nameting is voor beide gebieden van het SSIAM-interview hetzelfde als bij de voormeting: de ambulante psychotherapiegroep rapporteert minder problemen dan de klinische psychotherapiegroep.

#### 4.3.2.5. Samenvatting

De voorafgaande analyses laten zich gemakkelijk samenvatten. Op alle gebieden van de SSIAM treffen we bij de nameting groepsverschillen aan. De ambulante psychotherapiegroep rapporteert minder problemen dan zowel de klinische psychothe-



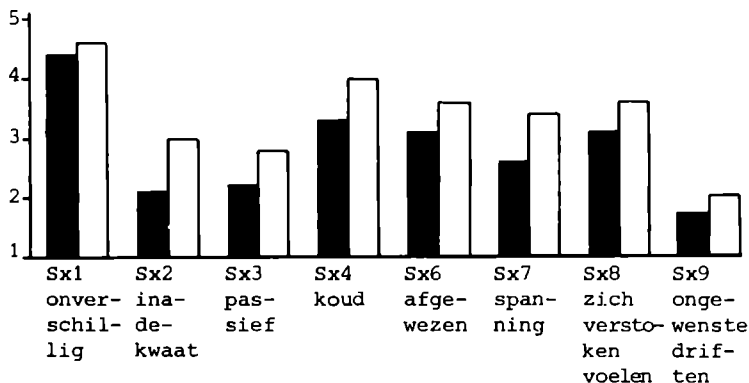
Figuur 4.5. NAMETING SSIAM: DE OUDERLIJKE GEZINSSITUATIE.  
Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:  
G1, G5, G6, G7, G8 en G9.

- ambulante psychotherapiegroep  
□ klinische psychotherapiegroep

Figuur 4.6. NAMETING SSIAM: SEXUALITEIT. Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:  
Sx2, Sx3, Sx4, Sx7 en Sx9.

rapiegroep als de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Voor wat betreft de vergelijking van de twee psychotherapiegroepen is dit resultaat identiek aan het resultaat bij de voormeting. In de andere vergelijking, die van de twee ambulante groepen, verschilt de situatie van die bij de voormeting.

De gunstiger positie van de ambulante psychotherapiegroep ten opzichte van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep bij de nameting kan het gevolg zijn van een voor de ambulante psychotherapiegroep specifieke selectieve uitval. De studie van de veranderingen tussen voor- en nameting in 4.4 stelt ons in staat na te gaan in welke mate ook veranderingen in scores hebben bijgedragen aan verschillen op de nameting.

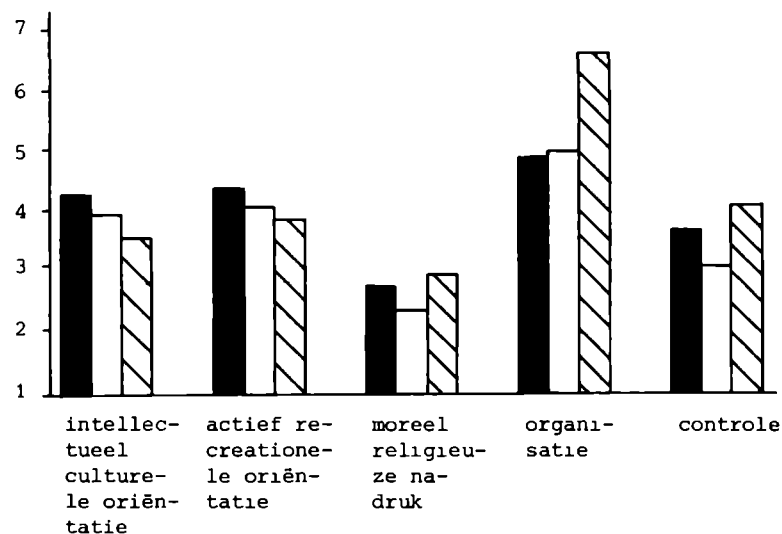
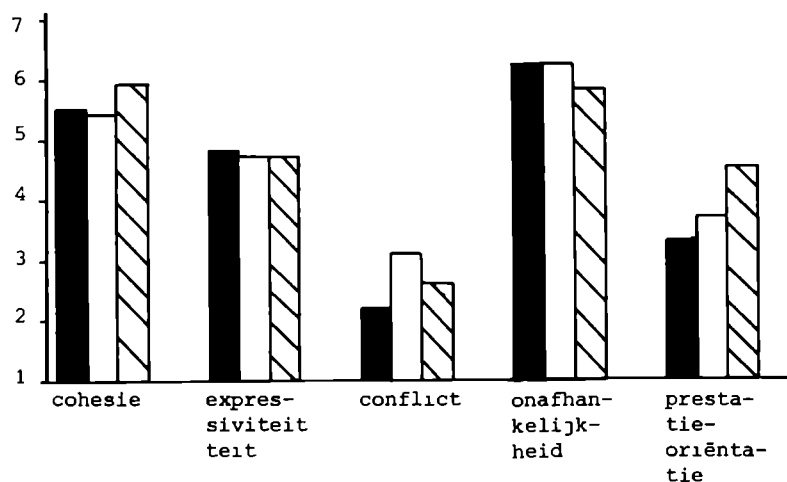
#### 4.3.3. DE PERCEPTIES VAN HET GEZIN EN VAN HET WERK

##### 4.3.3.1. De percepties van het gezin

Zowel in de vergelijking van de twee ambulante groepen (Mult.F=3.30; df=10,259;  $p < .001$ ) als in de vergelijking van de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=1.88; df=10,259;  $p < .01$ ) vinden we verschillen tussen de groepen op basis van de Gezinslijst. De dimensies van de Gezinslijst waarop, in de afzonderlijke variantieanalyses, de twee ambulante groepen verschillen zijn "prestatie-oriëntatie", "intellectueel-culturele oriëntatie" en "organisatie". Uit figuur 4.7 blijkt dat de patiënten in de ambulante psychotherapiegroep gemiddeld lager scoren op de dimensies "prestatie-oriëntatie" en "organisatie" en hoger op "intellectueel-culturele oriëntatie".

Het uitwerken van het verschil tussen de twee psychotherapiegroepen met univariate variantieanalyses levert slechts één dimensie op waarop deze twee groepen verschillen, t.w. "conflict". De patiënten in de ambulante psychotherapiegroep scoren op deze dimensie gemiddeld lager dan de patiënten in de klinische psychotherapiegroep.

Figuur 4.7. NAMETING GEZINSLIJST: gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn statistisch significant:

- als we de twee ambulante groepen vergelijken: prestatie-oriëntatie, intellectueel-culturele oriëntatie en organisatie;
- als we de twee psychotherapiegroepen vergelijken: conflict.

- ambulante psychotherapiegroep
- klinische psychotherapiegroep
- ambulante psychiatrische behandelingsgroep

De hier gevonden groepsverschillen komen tot op zekere hoogte overeen met de eerder geconstateerde verschillen op de voormeting. Op beide meetmomenten constateren we in de ambulante psychotherapiegroep in vergelijking met de andere twee groepen een meer positieve kijk op de gezinssituatie. De dimensies die aan de verschillen tussen de groepen inhoud geven zijn daarentegen op beide meetmomenten niet dezelfde. Een uitzondering hierop vormen de dimensies "prestatie-oriëntatie" en "organisatie". De ambulante psychotherapiegroep scoort bij deze twee dimensies op beide meetmomenten lager.

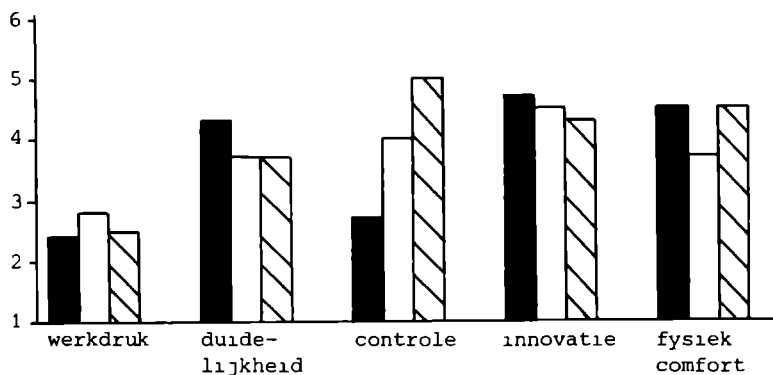
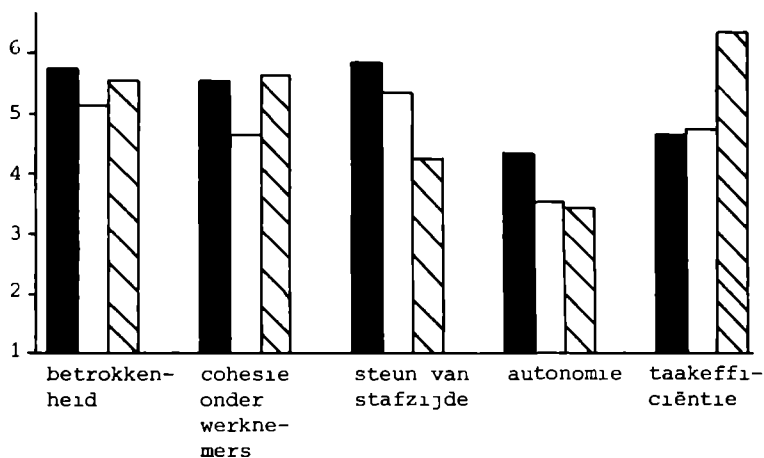
#### 4.3.3.2. De percepties van het werk

De twee ambulante groepen verschillen bij de nameting op basis van de Werklijst (Mult.F=4.18; df=10,167;  $p < .0001$ ). In tegenstelling tot de bevindingen bij de voormeting vinden we ook een verschil tussen de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=2.05; df=10,167;  $p < .05$ ). Het verschil tussen de twee ambulante groepen is moeilijk aan te geven omdat de univariate variantieanalyses slechts één dimensie aangeven waarop de twee groepen verschillen, t.w. "autonomie". Weliswaar zijn de groepen nog verschillend op drie andere dimensies, die echter niet homogeen zijn, namelijk "steun staf", "taak-efficiëntie" en "controle". Patiënten in de ambulante psychotherapiegroep scoren gemiddeld hoger op de dimensie "autonomie". De twee psychotherapiegroepen verschillen op de dimensies "autonomie" en "fysiek comfort" en op de niet-homogene dimensie "controle". De patiënten in de ambulante psychotherapiegroep scoren gemiddeld hoger op "autonomie" en "fysiek comfort".

Opmerkelijk aan dit resultaat is dat we bij de nameting in tegenstelling tot de voormeting wel verschil zien tussen de twee psychotherapiegroepen.

Dit gegeven toont enige gelijkenis met verschillen tussen deze groepen in problemen met het sociaal functioneren in de werksituatie. Bij deze groep items van de SSIAM vinden we eveneens slechts verschillen bij de nameting en niet bij de voormeting.

Figuur 4.8. NAMETING WERKLIJST. Gemiddelden voor iedere groep.



De volgende verschillen in gemiddelden zijn significant:

- als we de twee ambulante groepen vergelijken: steun van stafzijde, autonomie, taak-efficiëntie en controle;
- als we de twee psychotherapiegroepen vergelijken: autonomie, controle en fysiek comfort.



ambulante psychotherapiegroep



klinische psychotherapiegroep



ambulante psychiatrische behandelingsgroep

Vervolgens trekt het de aandacht dat de dimensie "autonomie" in beide vergelijkingen de basis vormt waarop de twee groepen verschillen.

#### 4.3.4. CONCLUSIES EN DISCUSSIE

Wij hebben bij het einde van de behandeling verschillen tussen de groepen geconstateerd. De meest duidelijke verschillen zien we op de items van de SSIAM. Patiënten van de ambulante psychotherapiegroep melden in alle gebieden van het sociaal functioneren minder problemen dan de andere twee groepen. Deze relatief gunstige positie van de ambulante psychotherapiegroep vinden we terug in de verschillen tussen de groepen op dimensies van de waarneming van het gezin en, in mindere mate, op dimensies van de waarneming van het werk. Met name onderscheidt de ambulante psychotherapiegroep zich in gunstige zin van de psychiatrische behandelingsgroep op de Gezinslijst.

Geen groepsverschillen vallen er te constateren ten aanzien van de ernstscores van de klachten bij het einde van de behandeling. Kennelijk meet een ernstscore iets anders dan de SSIAM-items. In de volgende paragraaf komen we op dit thema terug.

De twee ambulante groepen verschillen met betrekking tot sociaal dysfunctioneren bij de voormeting op een andere wijze dan bij de nameting. Het verschil tussen de twee psychotherapiegroepen met betrekking tot sociaal dysfunctioneren is daarentegen op beide meetmomenten hetzelfde. De vraag rijst dan in welke mate we uit deze resultaten iets kunnen afleiden omtrent de veranderingsprocessen tussen voor- en nameting in de drie groepen.

Als we in de volgende paragraaf positieve veranderingen kunnen vaststellen in de klinische psychotherapiegroep, betekent dat in ieder geval niet dat deze groep op hetzelfde niveau scoort als de ambulante psychotherapiegroep. De gunsti-

ger positie van de ambulante psychotherapiegroep ten opzichte van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep bij de nameting kan erop duiden dat de ambulante psychotherapiegroep meer vooruitgang heeft geboekt dan de andere groep. We moeten hierbij echter wel bedenken dat gegevens bij de nameting bij de ambulante psychotherapiegroep wat vertekend kunnen zijn; zij zijn namelijk afkomstig van patiënten die ten tijde van de voormeting in sociaal opzicht al beter functioneerden dan de patiënten van wie wij geen nameting hebben.

Deze conclusies zijn in hoofdzaak gebaseerd op de analyses van problemen in het sociaal functioneren (SSIAM). Hoe het patroon van verschillen in waarneming van gezin en werk verandert, is minder duidelijk dan bij de SSIAM. De ambulante psychotherapiegroep scoort in vergelijking met de andere twee groepen zowel bij de voormeting als bij de nameting positiever op een aantal dimensies van de Gezinslijst. Deze dimensies komen bij beide meetmomenten overigens slechts gedeeltelijk overeen.

Bij de nameting vinden we op de Werklijst meer verschillen tussen de groepen. Het patroon van deze verschillen komt overeen met dat bij andere variabelen: de ambulante psychotherapiegroep percipieert de werksituatie positiever dan de overige groepen (met name meer autonomie). Dit resultaat maakt verschillen waarschijnlijk tussen de groepen in het behandelingsverloop. Vermoedelijk zullen de patiënten van de ambulante psychotherapiegroep, vergeleken met de patiënten uit de twee andere groepen, de werksituatie in meer positieve zin percipiëren. Deze conclusie is in overeenstemming met de conclusie naar aanleiding van de analyse van de SSIAM-scores.

Het aantonen van groepsverschillen bij het einde van de behandeling heeft konsekwenties voor het vaststellen van de hulpverleningsresultaten. Als maatstaf van een positief behandelingsresultaat kan worden genomen, dat de patiënt een algemeen aanvaardbaar niveau van functioneren bereikt op het werk of in het gezin. De nameting heeft dan een betekenis op zichzelf,

dat wil zeggen zonder deze aan de voormeting te relateren.

Wordt als doel van behandeling slechts het bereiken van enigerlei positieve verandering gekozen, dan zijn verbeterings- of tevredenheidsoordelen en verschillcores toereikende maten.

Het bepalen of een tevoren vastgesteld doel is bereikt, lijkt ons in veel gevallen een criterium te zijn dat hogere eisen stelt dan alleen de bepaling van positieve veranderingen met de voormeting als referentiepunt. In de literatuur vinden we dit thema terug.

Mintz (1972) stelt dat oordelen over het succes van een behandeling een functie zijn van het oordeel over het niveau van functioneren bij het einde van de behandeling, onafhankelijk van de hoeveelheid verandering. Goedhart (1981) noemt het niveau van de verbeteringen een belangrijke maatstaf voor het behandelingsresultaat. Om een indruk te krijgen van het resultaat is het belangrijk, aldus Goedhart, de vraag te stellen tot welk niveau van functioneren hulp aan patiënten zou moeten reiken om van resultaat te kunnen spreken. Garfield (1981) stelt dat veel effectonderzoek zich tevreden heeft gesteld met het aantonen van verandering zonder stil te staan bij de hoeveelheid verandering of de relevantie ervan voor de betreffende patiënt.

In ons onderzoek zijn we niet uitgegaan van vooraf geformuleerde behandelingsdoelen. Omdat de SSIAM het niveau van sociaal (dys)functioneren meet is het mogelijk met behulp van deze scores op de nameting het niveau van functioneren te bepalen waarin de behandelingen in de verschillende groepen hebben geresulteerd, ook zonder dat deze scores aan de voormeting worden gerelateerd. Daardoor kunnen we nu al iets zeggen over het resultaat van de behandelingen zonder dit aan de voormeting te hoeven relateren.

Tegen deze achtergrond blijkt uit dit onderzoek de ambulante psychotherapiegroep het meest gunstige resultaat te boeken.

Bij deze conclusie dienen overigens drie kanttekeningen te



worden gemaakt. Een eerste kanttekening betreft de selectieve uitval in de ambulante psychotherapiegroep. Eén van de redenen voor het gunstige resultaat van de ambulante psychotherapiegroep kan zijn dat de groep patiënten die uit de nameting is weggevallen in sociaal opzicht op de voormeting minder goed functioneerde.

Een tweede kanttekening betreft de verschillen tussen de drie groepen bij de voormeting. Het zou kunnen zijn dat de ambulante psychotherapiegroep, vergeleken met de klinische psychotherapiegroep, een beter resultaat bereikt omdat de uitgangshouding al gunstiger was. Deze veronderstelling is evenwel minder van toepassing wanneer we de ambulante psychotherapiegroep met de ambulante psychiatrische behandelingsgroep vergelijken. Hier is het betere resultaat van de ambulante psychotherapiegroep niet terug te voeren op een beter niveau van functioneren bij de voormeting.

Een derde kanttekening betreft de betekenis van de eindmeting. Het niveau van functioneren op het einde van de behandeling is niet zodanig dat gesproken kan worden van afwezigheid van dysfunctioneren, ook niet in de ambulante psychotherapiegroep. Integendeel, het gemiddelde niveau van veel SSIAM-items bij de nameting - in veel gevallen schommelend tussen de schaalwaarden drie en vier - wijst op de persistentie van problematische gedragingen en gevoelens in veel situaties. Bovendien wordt dit resultaat door de gemiddelde ernstscores van de klachten ondersteund. Deze score is namelijk in alle groepen "mild" en dus *niet* gedaald tot op het niveau "afwezig" of "in geringe mate aanwezig".

Positieve veranderingen zijn vaak betrekkelijk. Vrijwel nooit kan gesproken worden van totaal herstel. Dit thema heeft in de literatuur aandacht gekregen als onderdeel van de recente discussie over de legitimiteit van psychotherapie. Garfield (1981) stelt dat veel psychotherapie-effectstudies te weinig oog hebben gehad voor de hoeveelheid verandering die nodig is om van totaal herstel te kunnen spreken. Zou totaal herstel als criterium worden gebruikt bij de bepaling

van het effect dan zou het resultaat van psychotherapie wel eens veel bescheidener kunnen uitvallen.

#### 4.4. VERANDERINGEN TUSSEN VOOR- EN NAMETING

We stellen onszelf opnieuw de vraag naar de verschillen tussen de onderzoeksgroepen. In deze paragraaf onderzoeken we verschillen tussen de groepen met betrekking tot veranderingen van (1) ernst van de klachten, (2) ernst van sociaal dysfunctioneren en (3) waarnemingen van het gezin en van het werk.

Bij de keuze van een toepasselijke statistische procedure om de veranderingen tussen de voormeting en de nameting in de drie groepen te analyseren, hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld. Groepsverschillen bij de nameting kunnen analoge verschillen bij de voormeting weerspiegelen en kunnen daarom geen indicatie vormen voor verschillen in veranderingen. Bovendien kunnen verschillen bij de nameting ook beïnvloed zijn door verschillen op de voormeting tussen de groep patiënten met en zonder nameting. Het is pas mogelijk iets over veranderingen te zeggen als we de verschillen tussen groepen bij de voormeting hebben verwijderd. (Het gaat nu vanzelfsprekend alleen over die verschillen op de voormeting die gebaseerd zijn op de groep patiënten waarvan we zowel de voor- als nameting hebben.)

Een multivariate covariantieanalyse waarbij de scores van de nameting als afhankelijke variabelen beschouwd worden en de scores op de voormeting als de covariaten, biedt hiertoe mogelijkheden. Verschillen tussen groepen op basis van een dergelijke covariantieanalyse zijn op te vatten als verschillen tussen groepen op de nameting waarbij voor groepsverschillen op de voormeting is gecontroleerd. Verschillen in de - aldus aangepaste - scores van de nameting kunnen geïnterpreteerd worden als verschillen in veranderingen tussen groepen.

Naast deze multivariate analyses hebben we gebruik gemaakt van t-toetsen om informatie te krijgen over de richting van de verschillen tussen voor- en nameting. In elke groep hebben we onderzocht in hoeverre verschillen in gemiddelden tussen voormeting en nameting statistische betekenis hebben.

#### 4.4.1. DE ERNST VAN DE KLACHTEN

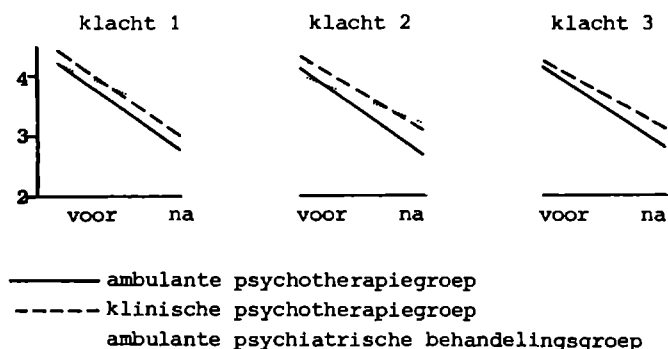
We vinden slechts één verschil tussen groepen met betrekking tot veranderingen in ernst van klachten. De twee ambulante groepen verschillen in veranderingen van ernstscores van klacht één ( $F=6.80$ ;  $df=1,258$ ;  $p<.01$ ).<sup>1</sup> Het aangepaste gemiddelde van de nameting is lager in de ambulante psychotherapiegroep.

Uit figuur 4.9 wordt duidelijk dat alle veranderingen in ernstscores positieve veranderingen zijn, dat wil zeggen de gemiddelde ernstscore bij de nameting is lager dan die bij de voormeting. Voor klacht één betekent dit dat de daling van de gemiddelde ernstscore in de ambulante psychotherapiegroep sterker is dan de desbetreffende daling in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. We vinden geen verschillen tussen de groepen op de overige klachten. De daling van de ernstscores is in elke groep van dezelfde omvang, op één uitzondering na (klacht één bij het vergelijken van de twee ambulante groepen).

We hebben op drie manieren verschillen tussen groepen met ernstscores onderzocht: de ernstscores bij de voormeting en bij de nameting en de verschillen scores. Het resultaat van deze analyses is telkens hetzelfde: er zijn geen verschillen tussen de groepen met betrekking tot de ernstscores van de klachten. Lagere ernstscores bij de nameting in elke onderzoeks-

1) Bij het toetsen van verschillen tussen groepen op basis van de aangepaste scores van de nameting (covariantieanalyse) hebben we opnieuw tweezijdig getoetst omdat er vooraf geen verwachtingen zijn uitgesproken over verschillen tussen groepen in veranderingen (overschrijdingskans 5%).

Figuur 4.9. ERNSTSCORES AFKOMSTIG VAN DE BEHANDELAAR: gemiddelden op de voor- en nameting



Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting levert in alle groepen bij elke klacht een significante t-waarde op ( $p < .05$ ).

groep is het enige resultaat dat we bij de analyses van de ernstscores kunnen vaststellen. Als we op het einde van deze paragraaf een overzicht hebben van alle resultaten van het onderzoek naar veranderingen komen we nog op deze ernstscores terug.

#### 4.4.2. DE AARD EN ERNST VAN HET SOCIAAL DYSFUNCTIONEREN

##### 4.4.2.1. Sociaal dysfunctioneren: de werksituatie

De multivariate covariantieanalyses wijzen uit dat er verschillen zijn tussen de groepen op basis van veranderingen in problemen met het functioneren in de werksituatie. Zowel in de vergelijking van de twee ambulante groepen (Mult.F=2.46;  $df=7,122$ ;  $p < .05$ ) als in de vergelijking van de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=3.33;  $df=7,122$ ;  $p < .01$ ) vinden we verschillen.

Als we vervolgens de twee ambulante groepen vergelijken met univariate covariantieanalyses, levert dat de volgende verschillen op: W4 (overwerken), W5 (inassertiviteit), W6 (onienigheid) en W8 (gespannenheid). Bij het vergelijken van

de twee psychotherapiegroepen vinden we verschillen op twee items: W2 (inefficiëntie) en W9 (gevoelens van inadecuatheden). In alle groepen vinden we verschillen tussen de gemiddelden van de voormeting en van de nameting zoals uit figuur 4.10 blijkt. In elke groep treffen we verbetering aan. De conclusie is duidelijk: in elke groep zien we verbetering op dit gebied van de SSIAM. In de ambulante psychotherapiegroep is de vooruitgang echter groter dan die in de twee andere groepen.

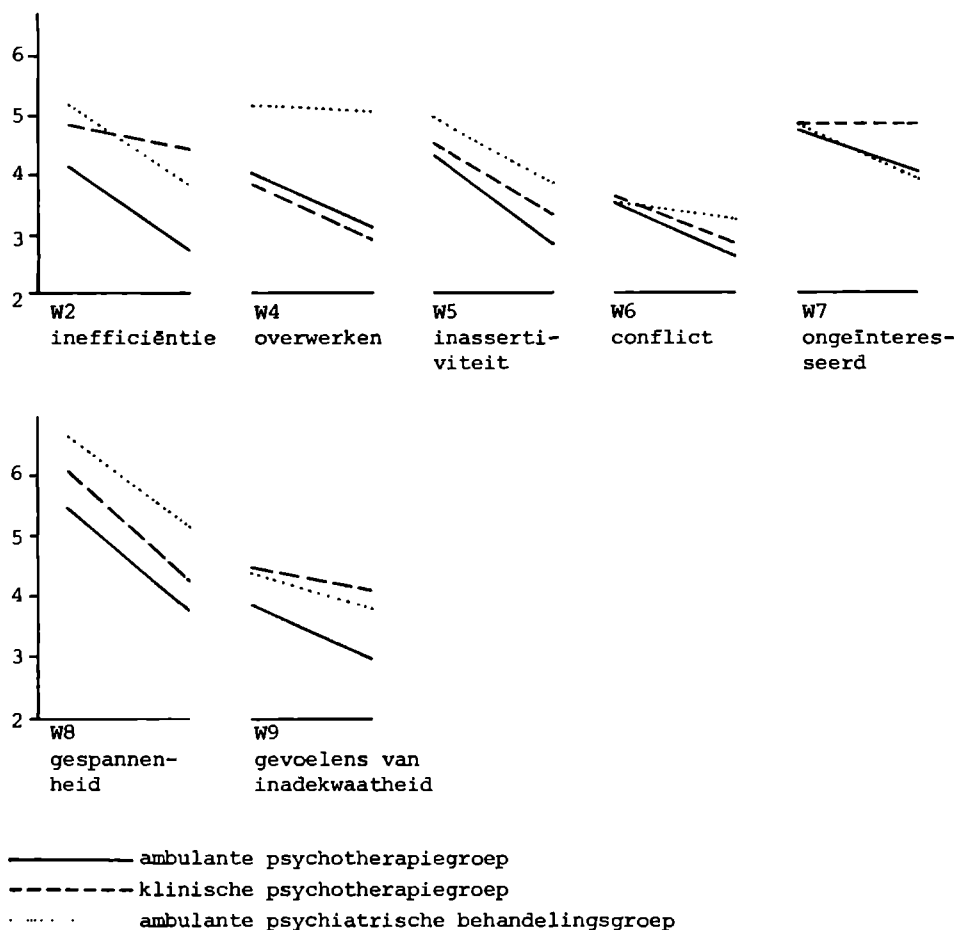
#### 4.4.2.2. Sociaal dysfunctioneren: het sociale leven en de vrije tijd

In de twee groepsvergelijkingen vinden we bij deze groep items eveneens verschillen in veranderingen. Dit blijkt uit de multivariate covariantieanalyses op de items van dit gebied van de SSIAM (in de vergelijking van de ambulante groepen:  $\text{Mult.F}=2.25$ ;  $\text{df}=8,204$ ;  $p<.05$ ; in de vergelijking van de psychotherapiegroepen:  $\text{Mult.F}=2.29$ ;  $\text{df}=8,204$ ;  $p<.05$ ). Univariante covariantieanalyses op elk item afzonderlijk wijzen uit dat de twee ambulante groepen op vier items verschillen: S2 (teruggetrokken), S4 (niets doen in de vrije tijd), S5 (niet conformistisch) en S9 (verveling). Het aangepaste gemiddelde - dat wil zeggen de gemiddelde score bij de nameting die niet gerelateerd is aan de verschillen tussen patiënten bij de voormeting - is in de ambulante psychotherapiegroep lager bij deze vier items. Wat dit gebied van de SSIAM betreft zijn de veranderingen in de ambulante psychotherapiegroep gunstiger dan de veranderingen in de groep met een ambulante psychiatrische behandeling.

Deze conclusie wordt bevestigd door de analyse van de verschillen in gemiddelden van voormeting en nameting. Uit figuur 4.11 wordt duidelijk dat de patiënten van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep *geen* veranderingen rapporteren op dit gebied.

Vergelijken we de twee psychotherapiegroepen met behulp van univariate covariantieanalyses dan zien we verschillen

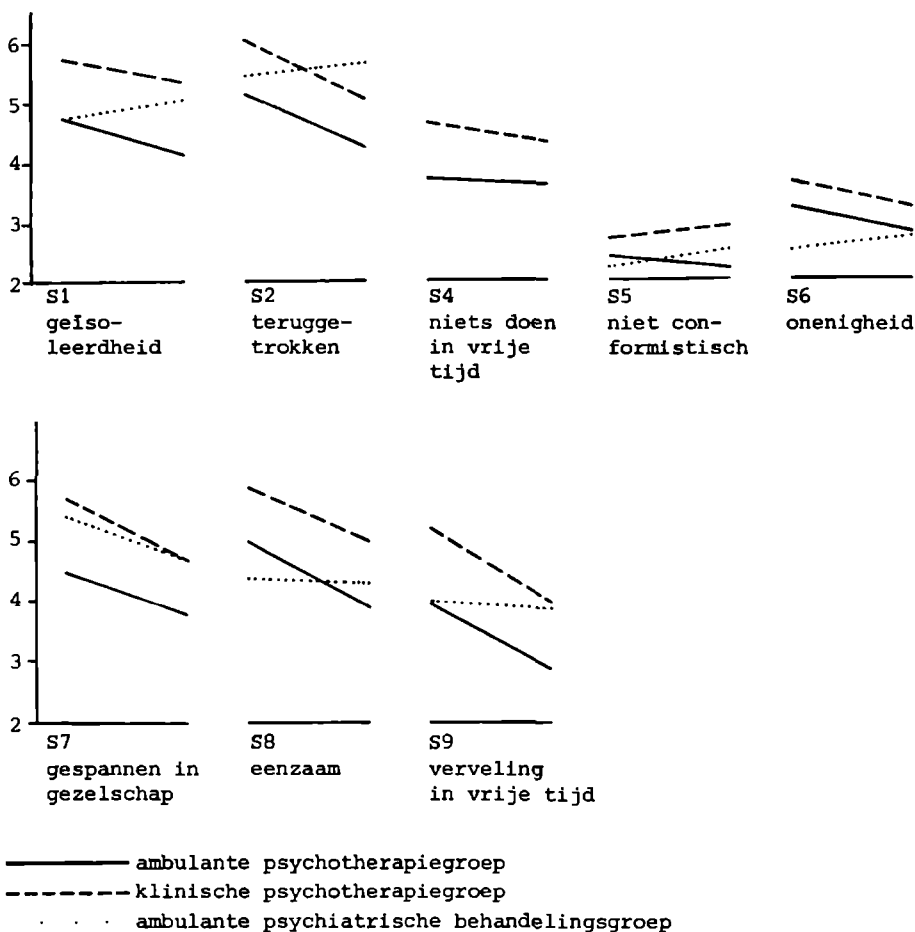
Figuur 4.10. SCORES OP DE ITEMS VAN DE SSIAM (werk):  
gemiddelden op de voor- en nameting.



Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting levert bij de volgende items significante t-waarden op ( $p < .05$ ):

- ambulante psychotherapiegroep: alle items;
- klinische psychotherapiegroep: W4, W5, W6, W8;
- ambulante psychiatrische behandelingsgroep: W2, W5, W7, W8.

Figuur 4.11. SCORES OP DE ITEMS VAN DE SSIAM (sociaal leven en vrije tijd): gemiddelden op de voor- en nameting.



Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting levert bij de volgende items significante t-waarden op ( $p < .05$ ):

- ambulante psychotherapiegroep: S1, S2, S6, S7, S8, S9;
- klinische psychotherapiegroep: S2, S7, S8, S9;
- ambulante psychiatrische behandelingsgroep: geen item.

bij drie items: S1 (geïsoleerd), S5 (niet conformistisch) en S9 (verveling). Ook in deze vergelijking zijn de aangepaste gemiddelden in de ambulante psychotherapiegroep lager. Dit impliceert meer verbetering in de ambulante psychotherapiegroep. Verschillen tussen gemiddelden van de voormeting en de nameting wijzen op verbeteringen in elke psychotherapiegroep. De twee groepen lopen uiteen als het gaat om de intensiteit van de veranderingen; de ambulante psychotherapiegroep is in dit opzicht in het voordeel vergeleken met de klinische psychotherapiegroep.

#### 4.4.2.3. Sociaal dysfunctioneren: de huwelijkssituatie

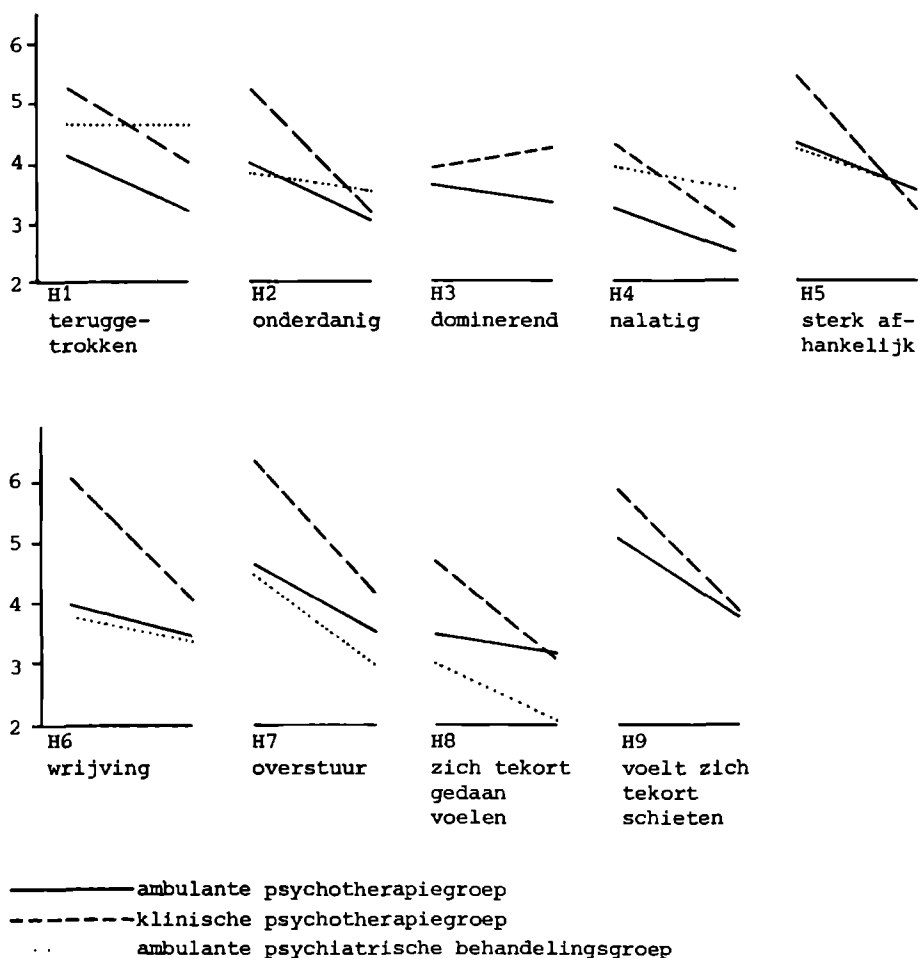
De multivariate covariantieanalyses wijzen uit dat alleen de twee ambulante groepen verschillen te zien geven (Mult.F=2.69; df=9,120;  $p<.01$ ). We vinden verschillen tussen de twee ambulante groepen op basis van veranderingen in scores op de SSIAM-items van het huwelijk. De twee psychotherapiegroepen verschillen niet (Mult.F=1.43; df=9,120; N.S.). De twee ambulante groepen verschillen overigens slechts op één item H3 (dominerend). De ambulante psychotherapiegroep heeft op dit item een lager aangepast gemiddelde.

Nadere aanwijzingen voor de richting van het verschil levert de informatie uit figuur 4.12. In beide ambulante groepen treffen we verschillen aan tussen de gemiddelden van resp. voormeting en nameting. In de ambulante psychotherapiegroep zijn er frekwenter verschillen.

Samengevat: in beide ambulante groepen zien we verbeteringen in problemen met het huwelijk. In de psychotherapiegroep is de verbetering omvangrijker dan in de psychiatrische groep. De twee psychotherapiegroepen verschillen op dit gebied van de SSIAM onderling niet. Beide groepen vertonen evenveel verbetering.



Figuur 4.12. SCORES OP DE ITEMS VAN DE SSIAM (huwelijk): gemiddelden op de voor- en nameting



Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting levert bij de volgende items significante t-waarden op ( $p < .05$ ):

- ambulante psychotherapiegroep: H1, H2, H4, H5, H6, H7, H9;
- klinische psychotherapiegroep: alle items, uitgezonderd H3;
- ambulante psychiatrische behandelingsgroep: H7, H8.

#### 4.4.2.4. Sociaal dysfunctioneren: de ouderlijke gezinssituatie en sexualiteit

De analyses van verschillen in veranderingen tussen de twee psychotherapiegroepen op de twee resterende gebieden van de SSIAM maken duidelijk, dat in deze groepen geen uiteenlopende veranderingen op het gebied van problemen met het ouderlijk gezin (Mult.F=1.18; df=9,152; N.S.) en met sexualiteit (Mult.F.=0.84; df=8,71; N.S.) vallen te constateren.

Het wordt uit de figuren 4.13 en 4.14 duidelijk dat de veranderingen in beide groepen verbeteringen zijn omdat de gemiddelde nametingsscores bij veel items lager zijn dan de gemiddelde scores bij de voormeting.

#### 4.4.2.5. Samenvatting

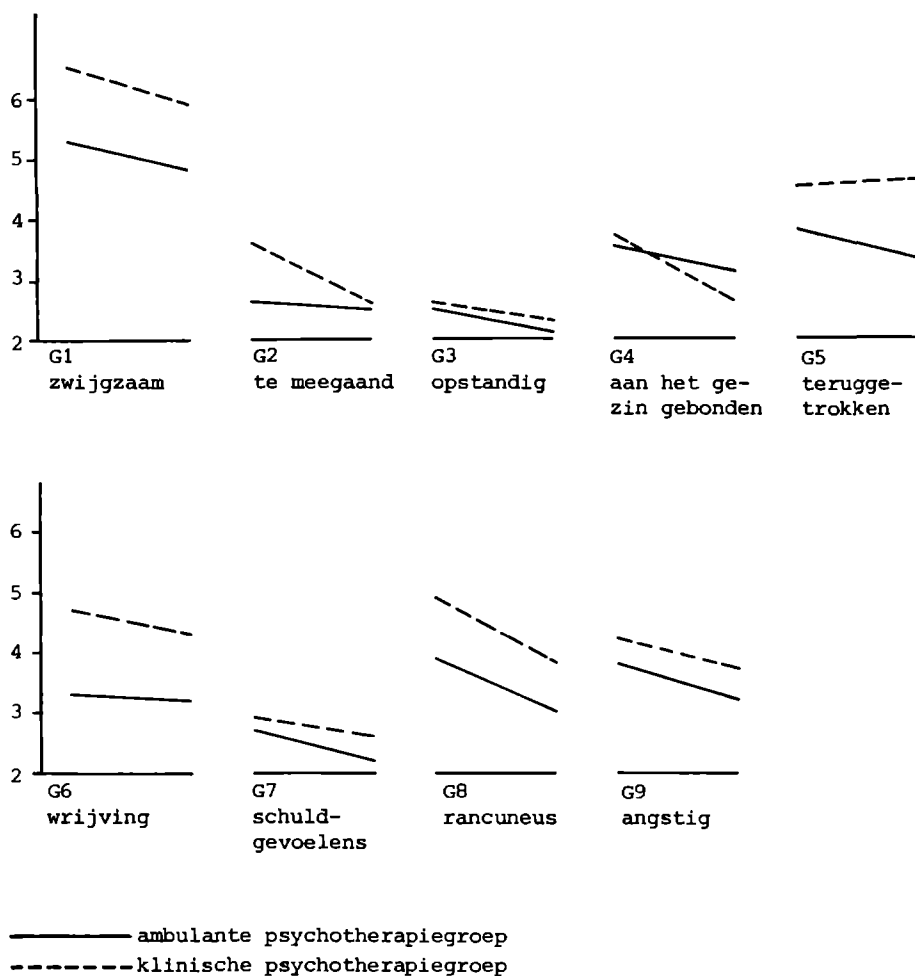
In alle groepen zien we op vrijwel alle gebieden van de SSIAM vooruitgang. Wel verschillen de groepen in de mate van vooruitgang. De verschillen tussen de twee ambulante groepen springen het meest in het oog. Op alle gebieden van de SSIAM vinden we de meeste verbetering in de ambulante psychotherapiegroep. De ambulante psychiatrische behandelingsgroep toont relatief minder vooruitgang (werk en huwelijk) of toont geen verandering (sociaal leven en vrije tijd). Tussen de twee psychotherapiegroepen treffen we minder verschillen aan. Beide groepen verbeteren in overeenkomstige mate op de gebieden huwelijk, ouderlijk gezin en sexualiteit. In het werk en in het sociale leven vinden we relatief minder vooruitgang bij de klinische psychotherapiegroep.

#### 4.4.3. DE PERCEPTIES VAN HET GEZIN EN HET WERK

##### 4.4.3.1. De percepties van het gezin

De twee ambulante groepen verschillen niet in de mate waarin de perceptie van het gezin veranderde (Mult.F=1.66; df=10,188; N.S.). Hetzelfde geldt voor de twee psychotherapiegroepen (Mult.F=1.78; df=10,188; N.S.). Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting

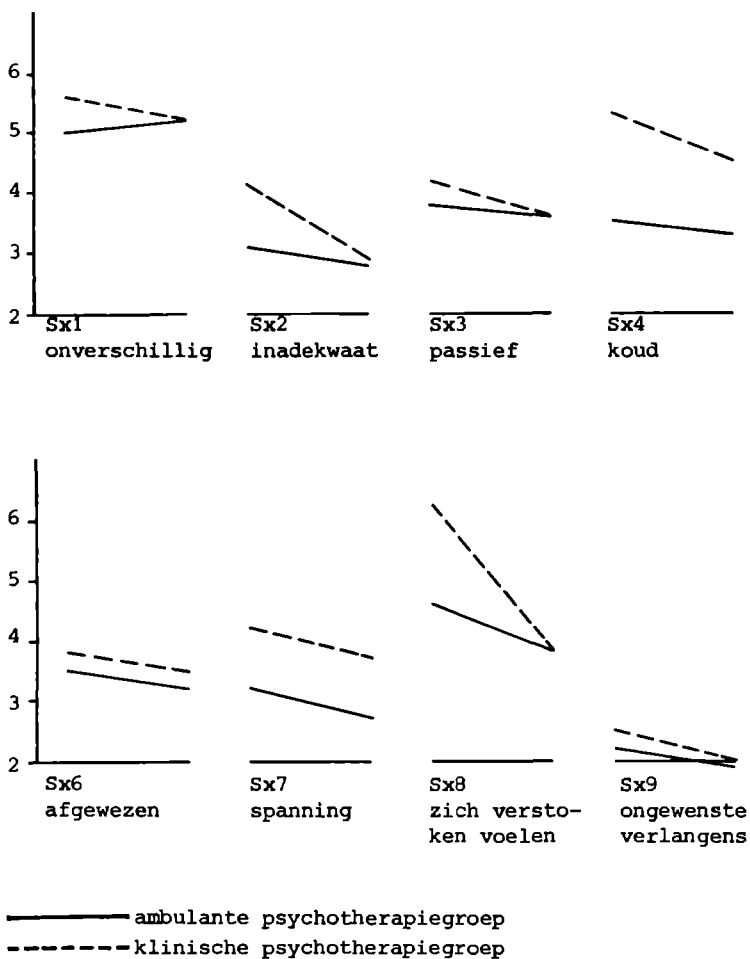
Figuur 4.13. SCORES OP DE ITEMS VAN DE SSIAM (ouderlijk gezin):  
gemiddelden op de voor- en nameting



Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting levert bij de volgende items significante t-waarden op ( $p < .05$ ):

- ambulante psychotherapiegroep: G1, G3, G4, G5, G7, G8, G9;
- klinische psychotherapiegroep: G1, G2, G3, G4, G7, G8, G9.

Figuur 4.14. SCORES OP DE ITEMS VAN DE SSIAM (sexualiteit): gemiddelden op de voor- en nameting.



Het gepaard toetsen van de verschillen in gemiddelden van voor- en nameting levert bij de volgende items significante t-waarden ( $p < .05$ ):

- ambulante psychotherapiegroep: Sx2, Sx7, Sx8;
- klinische psychotherapiegroep: Sx2, Sx3, Sx4, Sx8, Sx9.

levert alleen voor de twee psychotherapiegroepen bij sommige dimensies significante waarden op ( $p < .05$ ). Als we de niet-homogene dimensies buiten beschouwing laten, zien we in de ambulante psychotherapiegroep een stijging in "expressiviteit", en een daling in "prestatie-oriëntatie". In de klinische psychotherapiegroep zien we een stijging op de dimensies "cohesie", "expressiviteit" en "intellectueel-culturele oriëntatie".

#### 4.4.3.2. De percepties van het werk

Bij deze lijst vinden we alleen een verschil in veranderingen als we de twee ambulante groepen vergelijken (Mult.F = 4.41; df=10,105;  $p < .0001$ ). De twee psychotherapiegroepen verschillen in dit opzicht niet (Mult.F=1.02; df=10,105; N.S.). Het verschil tussen de twee ambulante groepen is gebaseerd op vier dimensies waarvan alleen "duidelijkheid" homogeen is.

Het toetsen van de verschillen tussen de gemiddelden van voormeting en nameting levert het volgende beeld op. Afgezien van de niet-homogene dimensies zien we dat patiënten in de ambulante psychotherapiegroep meer autonomie en meer duidelijkheid op het werk percipiëren. De patiënten in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep zien meer taakefficiëntie op het werk. In alle groepen rapporteren de patiënten minder werkdruk.

Samengevat: uit alle analyses blijken verschillen tussen de twee ambulante groepen. Beide groepen veranderen op een aantal dimensies in positieve zin. Het verschil aldaar is gelegen in de uiteenlopende geaardheid van de veranderingen. Tussen de twee psychotherapiegroepen die beide in positieve richting veranderen, vinden we (bijna) geen verschillen in veranderingen.

#### 4.4.4. DISCUSSIE

De veranderingen (verschillen tussen voormeting en nameting) lopen bij de twee ambulante groepen het meest duidelijk uiteen; dit onderscheid in veranderingen is bij de twee psychotherapiegroepen aanmerkelijk minder geprononceerd. We zouden kunnen spreken van een rangorde tussen groepen voor wat de grootte van positieve veranderingen betreft: de meest positieve veranderingen vallen te bespeuren in de ambulante psychotherapiegroep; iets minder positieve veranderingen geeft de klinische psychotherapiegroep te zien, terwijl de ambulante psychiatrische groep het minst verandert.

Verschillen in veranderingen tussen de groepen zijn vrijwel zonder uitzondering gradueel: in alle groepen treffen we vooruitgang aan. De ernst van de klachten daalt, problemen met het sociaal functioneren verminderen en de waarneming van gezin en werk krijgt een meer positieve teneur. De uitzonderingen op deze conclusie treffen we aan in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. In deze groep constateren we namelijk geen veranderingen in problemen met functioneren in sociale contacten en in de vrije tijd, en geen veranderingen in de waarneming van het gezin.

Opvallend is voorts dat er blijkbaar een onderscheid is tussen instrumenten in de mate waarin zij verschillen tussen groepen in grootte van vooruitgang tot uitdrukking brengen. De SSIAM levert de meeste verschillen tussen de groepen op, terwijl de verschillen minder duidelijk en consistent zijn als we de Gezins- of Werklijst gebruiken. Met ernstscores zijn er helemaal geen verschillen in veranderingen aantoonbaar.

We zien dus dat in dit onderzoek het gebruik van instrumenten die onderling qua perspectief verschillen, konsekventies heeft voor het onderzoeken van veranderingen. Deze vaststelling is in overeenstemming met de bevindingen van een aantal studies die zich hebben beziggehouden met het onderzoeken van soorten veranderingen in samenhang met psycho-

therapie (Berzins, Bednar & Severy, 1975; Bergin & Lambert, 1978; Mintz, Luborsky & Cristoph, 1979). De algemene conclusie uit deze studies is dat veranderingen multidimensioneel zijn. Van belang is het criterium dat de onderzoeker of de therapeut willen hanteren. Het maakt verschil of zij zich tevreden stellen met een globale aanduiding van verbetering of dat zij veranderingen scherper aangetoond willen zien op uiteenlopende inhoudsgebieden, dan wel gespecificeerd naar verschillende personen die de oordelen geven. Bergin & Lambert (1978) bevelen het onderzoek aan naar soorten veranderingen in plaats van naar een algemene globale verandering. Het is volgens deze auteurs duidelijk dat uiteenlopende veranderingsprocessen in psychotherapie een rol spelen. Adekwat effectonderzoek zou deze processen differentieel moeten onderzoeken.

In ons onderzoek is overigens nog niet duidelijk wat de betekenis is van de door ons aangetoonde verschillen in veranderingen voor het gebruik van uiteenlopende instrumenten. Wij hebben het vermoeden dat de mate van specificiteit van het instrument relevant is. Bij een globaal oordeel zoals de ernst van de klacht, past nadien slechts een globale aanduiding van verandering. Meer specifieke oordelen zoals scores op de SSIAM geven meer inzicht in disparate kenmerken van het behandelingsverloop.

Behalve in de mate van specificiteit der instrumenten kan een andere verklaring voor de uiteenlopende veranderingen die aangetoond zijn met behulp van onderling verschillende instrumenten gezocht worden in het onderscheid tussen de personen die de oordelen geven. De scores op de verschillende instrumenten stammen uit uiteenlopende bronnen: de therapeut (ernstscores van klachten), de interviewer (SSIAM) en de patiënt zelf (Gezins- en Werklijst). Vanuit de literatuur is bekend dat de persoon die een oordeel geeft over het behandelingsresultaat in effectstudies een bron van variatie vormt (Strupp & Hadley, 1977; Mintz et al., 1979). Omdat deze thema's bij evaluatieonderzoek van veel belang zijn, komen we hierop in het laatste afsluitend hoofdstuk terug.

We hebben op twee manieren het resultaat van de behandelingen onderzocht. Beperken we ons tot de SSIAM dan hebben we in 4.3 gezien dat de ambulante psychotherapiegroep ten opzichte van de twee andere groepen op de nameting qua sociaal functioneren een betere positie inneemt. Hetzelfde resultaat leveren de analyses van 4.4: de meest positieve veranderingen tussen voor- en nameting treffen we aan in de ambulante psychotherapiegroep.

Bij deze constatering moet in acht worden genomen dat de groep patiënten, waarop de analyses van dit hoofdstuk zijn gebaseerd, bij de ambulante psychotherapiegroep bestaat uit de groep patiënten die bij de voormeting in sociaal opzicht gunstiger functioneren dan de groep patiënten waarvan we geen nameting hebben. Niet uitgesloten is, dat de patiënten die bij de nameting waren overgebleven (de M-groep), specifiek ontvankelijk waren voor ambulante psychotherapeutische beïnvloeding en op deze wijze de veranderingen voor hun rekening hebben genomen.

Hoe zijn de resultaten van de behandelingen als we naar de Gezins- en Werklijst kijken? Bij de nameting vonden we in de ambulante psychotherapiegroep - vergeleken met de twee andere groepen - positievere scores op zowel de Gezins- als de Werklijst. Op dit resultaat gebaseerde verwachtingen over meer positieve veranderingen tussen voor- en nameting binnen de betreffende groep werden niet door de analyses bevestigd. De interpretatie van de resultaten op basis van de Gezins- en Werklijst wordt hierdoor onduidelijk. De relevantie van deze twee vragenlijsten voor dit type onderzoek is nu moeilijk te bepalen.

Desondanks zijn er daarnaast aanwijzingen dat de studie van de perceptie van het gezin en het werk niet geheel zonder betekenis is. Verschillen tussen de groepen bij de voormeting en bij de nameting op deze variabelen vertonen gelijkenis met de groepsverschillen op de SSIAM bij de twee meetmomenten. Vervolgens hebben we gezien dat de verschillen in gemiddelden tussen voormeting en nameting wijzen op positieve veranderingen in opvattingen over het gezin en het werk.



#### 4.5. TEVREDENHEIDSOORDELEN

Een derde manier om iets te weten te komen over het behandelingsverloop van de onderzoeksgroepen is het onderzoeken van de tevredenheidsoordelen. Tot de tevredenheidsoordelen rekenen we drie groepen van variabelen: (1) Verbeteringsscores afkomstig van de therapeut (zie 2.3.6), (2) Verbeteringsscores afkomstig van de patiënt (zie 2.3.6) en (3) de Therapie Beoordelingslijst (TBL, zie 2.3.7). We onderzoeken opnieuw verschillen tussen groepen op deze variabelen. Verschillen op basis van Verbeteringsscores hebben we getoetst met univariate variantieanalyses. Multivariate variantieanalyses zijn gebruikt voor het toetsen van de verschillen tussen groepen op de vijf clusters van de TBL<sup>1</sup> (zie figuur 4.17).

De meeste verschillen worden aangetroffen tussen de twee ambulante groepen (zie tabel 4.2). Deze twee groepen zijn verschillend op alle tevredenheidsoordelen, uitgezonderd de verbeteringsscores van klacht drie. Patiënten in de psychotherapiegroep rapporteren verbetering van klachten en verbetering op een drietal gebieden, terwijl de patiënten in de psychiatrische groep een oordeel geven dat vrij dicht in de buurt komt van "geen verandering". Iets anders ligt het verschil tussen deze twee groepen op het cluster van de TBL "Oordelen over de hoeveelheid verandering die de patiënt ervaart". Het verschil op dit cluster is gelegen in een verschil in gradatie van verandering.

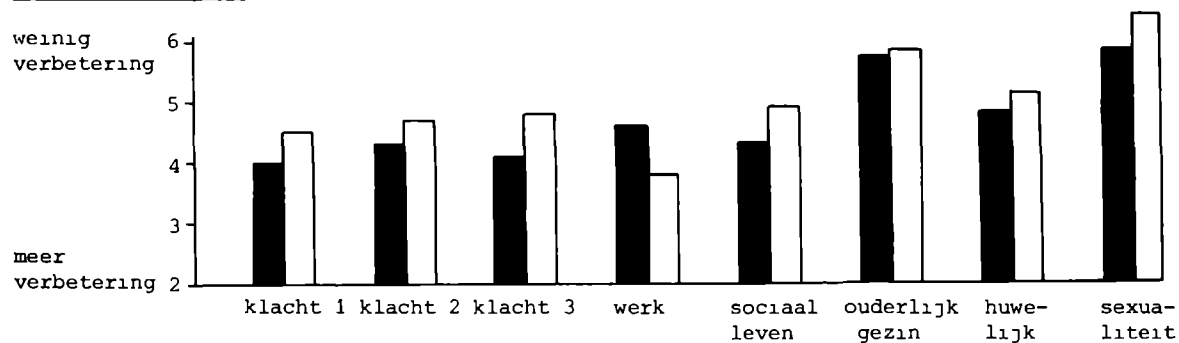
Tussen de twee psychotherapiegroepen vinden we daarentegen erg weinig verschillen. Wanneer er verschil is dan wijst dit steeds op minder vooruitgang in de klinische groep. Opvallend is de overeenkomst in verschillen tussen de groepen betreffende oordelen van de therapeut en van de patiënt over ver-

---

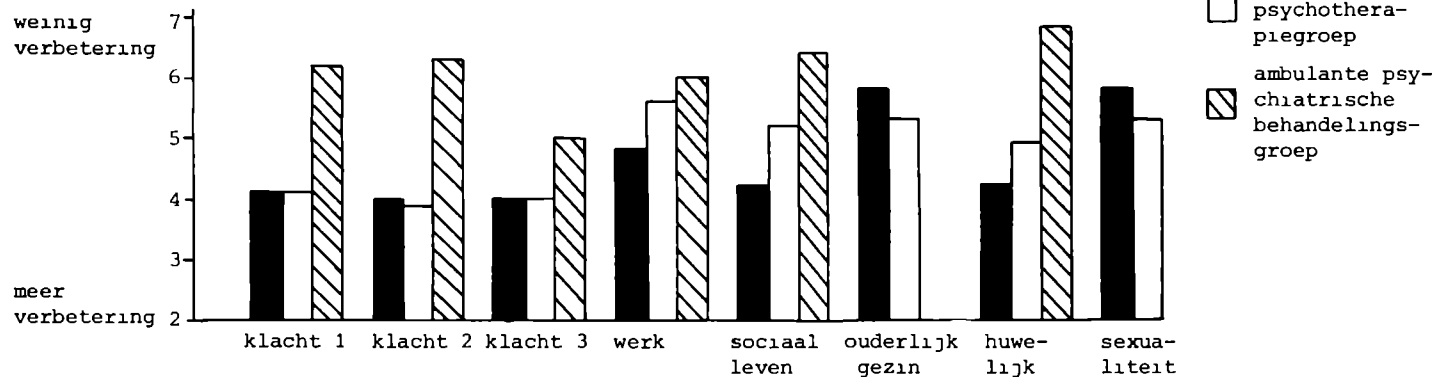
1) Gegevens over tevredenheidsoordelen zijn niet volledig bekend in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Aan de behandelende psychiaters in deze groep hebben we geen therapeutoordelen gevraagd. Verder hebben we de patiënten in deze groep niet alle 32 items van de Therapie Beoordelingslijst voorgelegd (zie 2.4.1 en tabel 2.2)

Figuur 4.17. VERBETERINGSSCORES: gemiddelde scores per groep<sup>1</sup>

therapeut-oordelen<sup>2</sup>



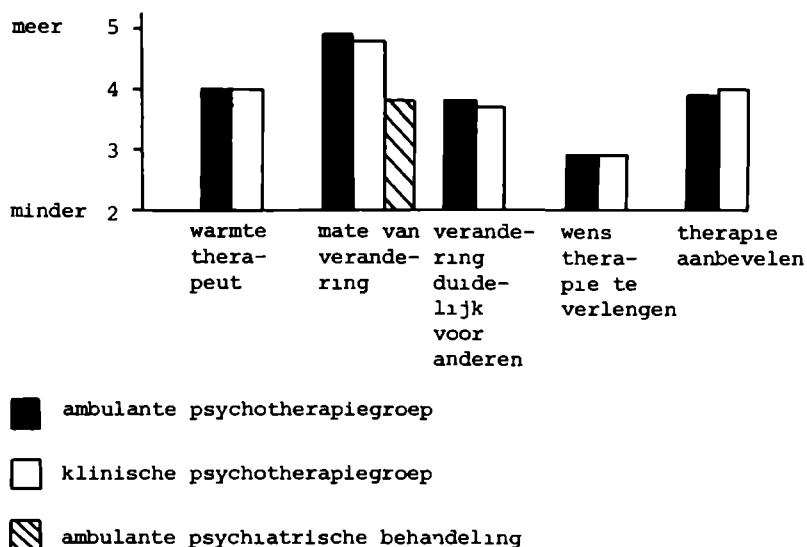
patient-oordelen



1) Ten aanzien van de verbeteringsscores: hoe hoger de gemiddelde score des te minder verbetering; score 7 staat voor "geen verandering".

2) -werk. Bij de klinische psychotherapiegroep vullen slechts 13 therapeuten de lijst in.

Vervolg figuur 4.17. OORDELEN VAN DE PATIENT OMTRENT DE BEHANDELING  
(TBL): gemiddelde scores per item



beteringen in het sociale leven.

Deze resultaten zijn in grote lijnen gelijk aan de resultaten van de twee vorige paragrafen. De meeste verschillen vinden we tussen de twee ambulante groepen, de minste verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen. De ambulante psychotherapiegroep rapporteert op alle variabelen vooruitgang, de klinische psychotherapiegroep meldt eveneens, zij het een minder grote, vooruitgang. De ambulante psychiatrische groep tenslotte geeft vrijwel geen veranderingen aan.

Een tweede punt van overeenkomst met de voorafgaande resultaten is de constatering dat verbetering nergens, dat wil zeggen ook niet in de ambulante psychotherapiegroep, de vorm aanneemt van totale afwezigheid van klachten of van afwezigheid van problemen op de vijf gebieden (in casu de gemiddelde score één komt niet voor bij de Verbeteringsscores).

Bij nadere inspectie zijn er overigens ook verschillen tussen de resultaten van deze analyses en de resultaten van eerdere

Tabel 4.2. (MULTIVARIATE) VARIANTIEANALYSES:  
EFFECTMATEN TER BEPALING VAN HET THERAPIERESULTAAT

	VERGELIJKING					
	ambulante psycho- therapiegroep			ambulante psycho- therapiegroep		
	ambulante psychiatri- sche behandelingsgroep			klinische psycho- therapiegroep		
	F	df	p	F	df	p
<u>Therapeut verbeteringsscores</u>						
klacht 1				2.99	1,218	
klacht 2				2.18	1,209	
klacht 3				5.02	1,183	x
werk				1.27	1,74	
sociaal leven				4.25	1,204	x
ouderlijk gezin				.06	1,194	
huwelijk				.05	1,153	
sexualiteit				4.67	1,184	x
<u>Patiënt verbeteringsscores</u>						
klacht 1	24.11	1,239	xx	.03	1,239	
klacht 2	21.31	1,210	xx	.04	1,239	
klacht 3	2.72	1,169		.02	1,169	
werk	5.54	1,186	x	3.42	1,186	
sociaal leven	30.45	1,239	xx	8.97	1,239	xx
ouderlijk gezin				1.62	1,184	
huwelijk	29.14	1,192	xx	2.91	1,192	
sexualiteit				1.62	1,184	
<u>Oordelen omtrent de behandeling (TBL)+</u>						
warmte therapeut				.68	5,183	
mate van verandering	9.09	4,232	xx	.70	4,232	
verandering duidelijk				.16	3,88	
voor anderen						
therapie verlengen				1.80	3,185	
therapie aanbevelen				.10	2,192	

x)  $P = < .05$ ; xx)  $p = < .01$ .

+) In de ambulante psychiatische behandelingsgroep is alleen de mate van verandering bekend.

analyses. Zo oordelen de twee ambulante groepen wel verschillend over verbetering van klachten, terwijl er bij de name-ting geen verschillen gevonden worden in de ernst van de klachten en in veranderingen daarin. Hiermee is het oordeel van de patiënt over verbetering van klachten meer in overeenstemming met de andere variabelen dan het oordeel van de therapeut over de ernst van de klachten. Deze overeenstemming hebben we overigens niet kunnen aantonen in de vergelijking van de twee psychotherapiegroepen.

Een tweede onderscheid tussen de resultaten in deze paragraaf en die van de vorige paragrafen heeft betrekking op de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. De patiënten van deze groep melden vrijwel geen verbeteringen in klachten en op gebieden, terwijl daarentegen de analyses van 4.4 wel positieve veranderingen aantonen. Het lijkt alsof de patiënten van de ambulante psychiatrische behandelingsgroep positieve veranderingen onderwaarden. Bij Luborsky (1971) vinden we dit thema terug, zij het in een wat andere vorm. Hij stelt dat een subjectief gevoel van verbetering niet noodzakelijkerwijs hoeft samen te gaan met veranderingen. Deze situatie lijkt, in een aangepaste versie, van toepassing op de ambulante psychiatrische groep. Veranderingen kunnen een geringe betekenis hebben voor een patiënt waardoor ondanks de aanwezigheid van veranderingen geen gevoel van verbetering ontstaat. We hebben immers geconstateerd dat de veranderingen in de ambulante psychiatrische groep klein zijn vergeleken met de veranderingen in de ambulante psychotherapiegroep. Vermoedelijk zijn de veranderingen zo klein dat de patiënten deze niet als een verbetering ervaren.

Een derde onderscheid ten opzichte van de resultaten van de vorige paragrafen is het grotere aantal verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen als resultaat van de analyses van 4.3 en 4.4. Zo hebben we bij de nameting verschillen geconstateerd tussen deze groepen in problemen met de werksituatie, de huwelijkssituatie en het ouderlijk gezin, alsook verschillen in veranderingen in problemen met de werksituatie.<sup>1</sup>

Al deze verschillen vinden we niet terug in verschillen op basis van Verbeteringsscores. Evenmin zien we enig verschil tussen deze twee groepen op de clusters van de TBL. We veronderstellen dat dit samenhangt met het globale karakter van de TBL. Hoe globaler, aspecifieker, het tevredenheidsoordeel is des te minder mogelijkheden heeft een dergelijk oordeel om bestaande verschillen tussen groepen in het behandelingsverloop te registreren.

Samengevat: de analyse van de tevredenheidsoordelen duidt in grote lijnen op dezelfde verschillen tussen de groepen als in de voorafgaande analyses werden gevonden. Het oordeel is echter zodanig anders en met name globaler van karakter, dat de voorafgaande analyses op een veel specifiekere niveau meerdere facetten van het behandelingsverloop in de groepen aan het licht brengen.

De tevredenheidsoordelen bevatten nog andere informatie. In de literatuur treffen we veelal een vast percentage aan van tweedeede verbetering (Nawas et al., 1980). Wat levert onze studie in dit verband op?

Als we in elke groep het aantal patiënten nemen dat op enigerlei wijze verbetering van klachten meldt - dat wil zeggen zichzelf plaatsen in een van de vier categorieën die vooruitgang weergeven - dan vinden we de volgende percentages.<sup>2</sup>

- 
- 1) Bij de Verbeteringsscores van het gebied "werk" moeten we de kanttekening maken dat deze scores in de klinische psychotherapiegroep van weinig betekenis zijn omdat slechts dertien therapeuten zich uitgesproken hebben over verbeteringen in het werk van de patiënten.  
Dit kon ook moeilijk anders, omdat veel therapeuten dit oordeel niet kunnen geven vanwege de opnamesituatie van de patiënt.
  - 2) De hier weergegeven percentages zijn de gemiddelde percentages, berekend over de drie afzonderlijke percentages van de klachten en van de drie gebieden. De percentages van de drie klachten en de percentages van de drie gebieden ontlopen elkaar niet veel.

	<u>therapeuten</u>	<u>patiënten</u>
ambulante psychotherapiegroep	73	78
klinische psychotherapiegroep	61	66
ambulante psychiatrische behandelingsgroep		44

De verbeteringspercentages voor de gebieden "werk", "sociaal leven" en "huwelijk" zijn als volgt.

	<u>therapeuten</u>	<u>patiënten</u>
ambulante psychotherapiegroep	62	64
klinische psychotherapiegroep	53	48
ambulante psychiatrische behandelingsgroep		29

Uit deze tabellen wordt duidelijk dat we in de twee psychotherapiegroepen de gebruikelijke verbeteringspercentages van tweederde of hoger aantreffen. Dit percentage is in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep veel lager. Lager zijn ook de percentages van patiënten en therapeuten die verbetering aangeven op de gebieden. In de klinische psychotherapiegroep en in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep liggen deze percentages zelfs ver onder de 66%. Frekwenter wordt vooruitgang gerapporteerd in klachten dan vooruitgang op een van de gebieden. Tenslotte blijkt dat de verbeteringspercentages van therapeuten en patiënten elkaar niet veel ontlopen.

#### 4.6. CONCLUSIES

We hebben in dit hoofdstuk het behandelingsverloop (dat wil zeggen de veranderingen tussen voor- en nameting) van de groepen vergeleken. Patiënten in de ambulante psychotherapiegroep

veranderen in alle opzichten het meest voorspoedig. Het minst voorspoedig verloopt de behandeling voor de patiënten in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. We constateren op alle door ons onderzochte facetten van het behandelingsverloop vooruitgang bij de twee psychotherapiegroepen, en bij de ambulante groep nog het meest. De ambulante psychiatrische behandelingsgroep onderscheidt zich van de andere ambulante groep door minder vooruitgang op sommige gebieden dan wel geen verandering op andere gebieden.

Op dit basispatroon zijn wel enige variaties aangetroffen. De meest extreme positie is in dit verband weggelegd voor de ernstscores van de klachten. Er zijn geen verschillen tussen groepen in veranderingen op deze scores; alle scores tonen in alle groepen evenveel vooruitgang. Dit betekent dat aan het veranderingsproces meerdere aspecten zijn te onderkennen die slechts tot op zekere hoogte parallel lopen. Dat is bovendien afhankelijk van de groep; in de twee psychotherapiegroepen vinden we veel overeenkomsten in uiteenlopende aspecten van verandering, in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep weinig overeenkomsten.

In het laatste vijfde hoofdstuk proberen we de betekenis van deze resultaten nader uit te werken. Daar komt onder andere de vraag aan de orde of de ene behandelingsvorm succesvoller genoemd kan worden dan de andere. Om deze en andere vragen die de resultaten oproepen, te kunnen beantwoorden dienen we eerst de resultaten van de hoofdstukken drie en vier onderling te vergelijken.



## Hoofdstuk 5

### Discussie en implicaties van de resultaten

#### 5.1. OVERZICHT VAN DE RESULTATEN

Een eerste resultaat van onze studie is dat er weinig overeenkomsten zijn in de patiëntkenmerken van de drie groepen hulpvragers. Aan de drie uiteenlopende vormen van behandeling corresponderen drie onderling uiteenlopende groepen hulpvragers. In de dagelijkse praktijk van de GGZ hangt variatie in patiëntkarakteristieken blijkbaar samen met verschillen tussen behandelingsvormen.

Op slechts één enkele variabele hebben we *geen* groepsverschillen aangetroffen: het oordeel van de behandelaar over de ernst van de klachten is in alle groepen gelijk, zowel bij de voormeting als bij de nameting. Bovendien is de verandering in dit oordeel nagenoeg voor alle groepen identiek.

Vervolgens hebben we duidelijk kunnen vaststellen dat de twee psychotherapiegroepen op een aantal variabelen niet verschillen, terwijl de twee ambulante groepen dat op diezelfde variabelen wel doen. Deze situatie geldt voor demografische kenmerken, karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis, klachten over het zelfbeeld en voor de tevredenheidsoordelen.

De doorsnee patiënt in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep verschilt in sociaal-maatschappelijk opzicht van de doorsnee patiënt die in psychotherapie komt: de leeftijd is hoger, het opleidingsniveau is lager en in meer gevallen

is de patiënt gehuwd. Hetzelfde geldt voor de aard van de hulpverleningsgeschiedenis: deze is voor een psychiatrische patiënt meer medisch-psychiatrisch georiënteerd. Vervolgens rapporteert een patiënt in de ambulante psychiatrische groep vrijwel geen klachten die duiden op problemen met zijn zelfbeeld. Tenslotte is de psychiatrische patiënt meer ontevreden met zijn behandeling; hij rapporteert vrijwel geen verbetering in zijn klachten of vooruitgang in andere zin.

We kunnen dit resultaat ook nog anders formuleren. We treffen variatie aan tussen *alle* groepen in kenmerken van het sociaal dysfunctioneren (SSIAM); op andere patiëntkenmerken treffen we meer variatie aan tussen de twee ambulante groepen. Hieruit kan worden afgeleid dat de ambulante groepen onderling meer en fundamenteeler verschillen dan de psychotherapiegroepen onderling.

Dit resultaat lijkt bij eerste aanblik erg duidelijk te interpreteren. De grote verschillen in het profiel van de patiënten in de twee ambulante groepen weerspiegelen in veel opzichten de veelbesproken scheidslijn die door de GGZ zou lopen. De pretentieuze psychotherapeutische zorg zou werken met cliënten die specifiek ontvankelijk zijn voor psychotherapie en waarmee dus goede resultaten behaald kunnen worden. Deze bewering lijkt bevestigd te worden door onze bevinding dat vooral die patiënten bij de nameting uit het onderzoek zijn weggelaten welke in sociaal opzicht minder gunstig functioneren. De meer bescheiden psychiatrische zorg zou werken met de in sociaal-maatschappelijk opzicht minder bedeelde, en in psychopathologisch opzicht moeilijker patiënten die doorgaans niet toekomen aan echte veranderingen mede omdat de behandelaars zich zonder zorgvuldige exploratie van de problematiek zouden bepalen tot het voorschrijven van psychofarmaca en daarmee de problemen zouden toedekken.

De genoemde onderzoeksresultaten geven ongetwijfeld aanleiding tot dit type interpretaties. Dat de werkelijkheid echter genuanceerder en complexer is, kan eveneens uit ons onderzoek

worden afgeleid. De figuren 5.1 t/m 5.4 vatten op een schematische wijze andere resultaten uit ons onderzoek samen.

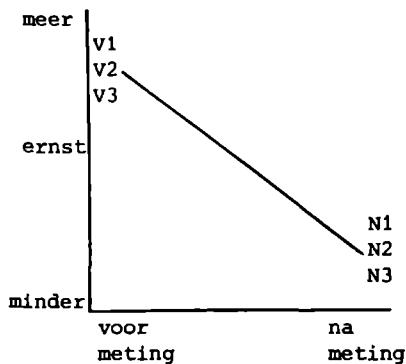
Allereerst blijkt dat in alle groepen positieve veranderingen tussen voor- en nameting worden aangetroffen. Het is niet zo dat met name de ambulante psychiatrische groep *geen* veranderingen zou rapporteren. Eigenlijk is er maar één gebied (van de SSIAM) waarop de patiënten van de ambulante psychiatrische groep geen veranderingen te zien geven "het sociale leven en de vrije tijd".

Wel kunnen we constateren dat er een soort rangorde in grootte van veranderingen bestaat: de meeste veranderingen zien we in de ambulante psychotherapiegroep; in mindere mate rapporteren de patiënten uit de klinische psychotherapiegroep veranderingen; de minste veranderingen treffen we aan in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep. Alvorens men dit resultaat als negatief ten aanzien van ambulante psychiatrische behandeling en als positief ten aanzien van ambulante psychotherapeutische behandeling zou willen interpreteren, dient eerst het volgende te worden overwogen.

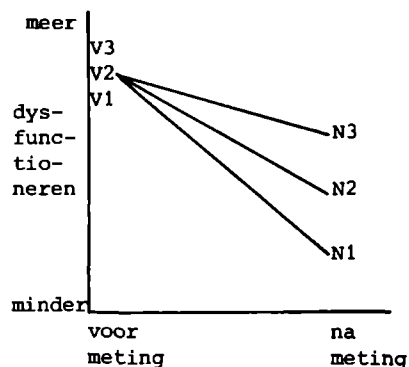
Met betrekking tot de ambulante psychiatrische groep zien we de minste problemen bij de aanvang van de behandeling. Met name op die terreinen waarop de patiënten van deze groep de minste gedragsproblemen aangeven, rapporteren deze patiënten geen enkele verandering, te weten "sociaal leven en vrije tijd" en "huwelijk". Het is zeer waarschijnlijk dat er ten aanzien van deze gebieden geen behoefte aan veranderingen bestaat om de eenvoudige reden dat men weinig problemen aanwezig acht. Voor deze gedachte is ook elders wel steun te vinden.

Uit de schaarse literatuur over bezoekers van psychiatrische poliklinieken is bekend dat deze patiënten niet komen met de verwachting dat er iets gedaan kan en moet worden aan allerlei condities die volgens de opvattingen van vele hulpverleners de gedragsproblemen in stand houden. Volgens Gomperts (1982) zijn veel patiënten uit op een vorm van dispensatie voor te belastende rollen in werk of gezin. Ook uit persoon-

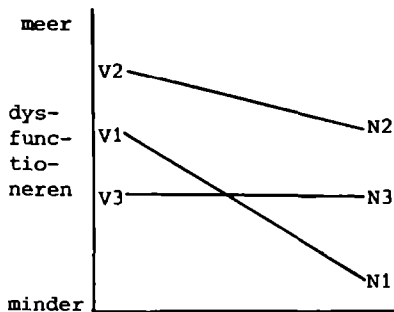
Figuur 5.1. ERNSTSCORES  
THERAPEUT



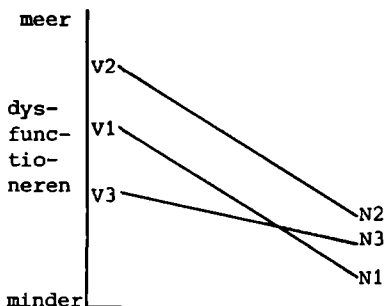
Figuur 5.2. SSIAM-SCORES "WERK"



Figuur 5.3. SSIAM-SCORES  
"SOCIAAL LEVEN -  
VRIJE TIJD"



Figuur 5.4. SSIAM-SCORES  
"HUWELIJK"



V1-N1 ambulante psychotherapiegroep  
V2-N2 klinische psychotherapiegroep  
V3-N3 ambulante psychiatrische behandelingsgroep

lijke mededelingen van de behandelende psychiaters in de poliklinieken waarmee wij in ons onderzoek hebben samengewerkt, komt dit thema naar voren. De aard van de klachten speelt in dit verband eveneens een rol. De patiënten in de ambulante psychiatrische groep presenteren geen klachten rondom het eigen zelfbeeld.

Uit het bovenstaande kan omgekeerd niet worden afgeleid dat degene die de meeste problemen rapporteren ook de meeste veranderingen doormaken. Patiënten in de klinische psychotherapiegroep melden namelijk wel de meeste problemen maar zijn niet de groep waar de meeste veranderingen optreden. De meeste veranderingen zien we in de ambulante psychotherapiegroep.

De vraag is nu of de resultaten de conclusie rechtvaardigen, dat psychotherapie dankzij de nu aangetoonde gunstige effecten, ook de meest aanbevelenswaardige behandeling is in de GGZ. Het antwoord op deze vraag is pas mogelijk als we twee groepen zouden onderzoeken die in demografisch opzicht en andere door ons relevant geachte kenmerken overeenkomen, maar die verschillen in de soort behandeling. De ene groep zou psychotherapeutisch behandeld moeten worden, de andere psychiatrisch. Het vergelijken van het behandelingsresultaat van deze twee groepen zou antwoord kunnen geven op de gestelde vraag. Terwille van de overzichtelijkheid van het betoog werken we dit thema hier niet verder uit, maar in paragraaf 5.3.

Uit de figuren 5.2, 5.3 en 5.4 blijken verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen, met name in de aard en ernst van het sociaal dysfunctioneren bij de voormeting en bij de nameting alsmede in de grootte van de veranderingen in dit functioneren. Het ligt natuurlijk voor de hand dat de twee psychotherapiegroepen op de voormeting verschillen in de mate van sociaal dysfunctioneren omdat de indicatie voor opname gebaseerd zal zijn op het vastlopen van de patiënt in huwelijk, werk of sociale contacten.

In tegenstelling tot de ambulante psychiatrische groep troffen we in de klinische psychotherapiegroep op alle gebieden veranderingen aan; de veranderingen zijn echter kleiner dan die in de ambulante psychotherapiegroep. Dit gegeven en het feit dat de klinische psychotherapiegroep bij de nameting ongunstiger scoorde dan de andere psychotherapiegroep, vormen aanwijzingen voor de mate waarin de doelstellingen van de twee instituten voor klinische psychotherapie die wij in ons onderzoek hebben bestudeerd, bereikt worden. In beide insti-

tuten probeerde men ernaar te streven een patiënt geschikt te maken voor ambulante behandeling.

Tenslotte blijkt uit de figuren 5.3 en 5.4 dat sommige verschillen tussen de groepen bij de voormeting ook aanwezig zijn bij de nameting. Wanneer categorieën patiënten onderling verschillen, dan blijken die verschillen niet door een behandeling ongedaan gemaakt te worden, ze blijven bestaan.

## 5.2. DE RESULTATEN EN DRIE ONDERZOEKSSTRATEGIEËN IN DE GGZ

Bij de verantwoording van onze onderzoeksofzet hebben wij in het eerste hoofdstuk drie gangbare onderzoeksstrategieën in de GGZ besproken: het sociaal-epidemiologisch onderzoek, het psychotherapie-effectonderzoek en programma-evaluatie. Wij hebben daar beschreven in welke opzichten ons onderzoek kenmerken vertoont die overeenkomen met ieder van deze drie onderzoeksmogelijkheden. We kunnen nu bezien in hoeverre de resultaten van ons onderzoek van betekenis zijn voor ieder van de drie genoemde strategieën.

### Het sociaal-epidemiologisch onderzoek

Onderzoek binnen de sociale epidemiologie heeft gewezen op het bestaan van sociale selectieprocessen bij het verkrijgen van professionele hulp. In overeenstemming hiermee hebben ook wij gevonden dat, afgezien van strict psychopathologische kenmerken van de patiënt (in casu ernst van het sociaal dysfunctioneren), andere karakteristieken van patiënten in verband gebracht kunnen worden met verschil in toewijzing aan resp. psychotherapeutische en psychiatrische zorg.

Deze constatering levert ogenschijnlijk weinig nieuws op omdat al veel langer bekend is dat psychotherapie het meest toegankelijk is voor patiënten met een gunstige sociaal-maatschappelijke achtergrond. Opvallend is wel dat deze situatie nu opnieuw is aangetoond voor de Nederlandse situatie waarbij de gegevens vrij recent zijn (1977-1980). We kunnen dus vast-

stellen dat het hele probleem van de ongelijke toegankelijkheid van de psychotherapeutische zorg nog steeds aktueel is, ondanks pogingen psychotherapie aan te passen aan de mogelijkheden van andere bevolkingsgroepen (Goldstein, 1973; Pijpe, 1976; Lorion, 1978; Beekers, 1982).

Patiënten uit de ambulante psychiatrische behandelingsgroep verschillen in demografisch opzicht zozeer van de psychotherapiepatiënten, dat daarmee waarschijnlijk wordt dat de psychotherapeutische resp. de psychiatrische zorg zich richten op een selectief deel van de populatie van hulpvragers in de GGZ. Gegevens over patiënten in ambulante psychiatrische behandeling waren niet eerder verzameld. De kennis over de invloed van sociaal-maatschappelijke achtergronden op de verhouding tussen de hulpvraag en -aanbod in de GGZ, is met onze bevindingen uitgebreid.

Verder hebben we geconstateerd dat verschillen tussen de ambulante groepen in demografische kenmerken parallel lopen met verschillen in andere patiëntkarakteristieken: de hulpverleningsgeschiedenis, de aard van klachten, de waarneming van het gezin en van het werk, en tenslotte verschillen in de aard van de veranderingen en in het oordeel over de behandeling. Deze bevinding geeft aan dat er naar alle waarschijnlijkheid een onderling verband bestaat tussen al deze patiëntkarakteristieken. Verklaringen voor een dergelijke samenhang zijn nog maar gedeeltelijk bekend. De eerder geschetste discussie over de respectieve betekenis van de psychotherapeutische en de psychiatrische zorg in de GGZ, kan gezien worden als een poging tot een verklaring. In 5.3 komen wij nog op dit thema terug.

### Het psychotherapie-effectonderzoek

Een tweede onderzoeksrichting waarmee ons onderzoek overeenkomsten vertoont is het effectonderzoek van psychotherapie. Onze studie kan worden beschouwd als een psychotherapiestudie die probeert de nadelen van de klassieke, experimenteel opgezette, effectstudies te voorkomen.

Klassiek effectonderzoek werkt in principe met patiënt-groepen waarbij het hoofdaccent valt op mogelijke verschillen tussen groepskenmerken in functie van het onderscheid tussen een experimentele patiënt- en een controlegroep. Hoe de bestudeerde patiëntgroep er los van dit onderscheid uit ziet is ter-nauwernood object van studie geweest. Ons onderzoek heeft laten zien dat het systematisch registreren van kenmerken van hulpvragers op basis van groepsverschillen die de praktijk van de GGZ aanreikt, evenzeer betekenis kan hebben voor het psychotherapieonderzoek. Een bijdrage van onze studie is dan ook het aantonen van variatie in patiëntkenmerken van twee psychotherapiegroepen onderling en van variatie tussen een psychotherapiegroep en een niet-psychotherapiegroep.

Precies de groepsgebonden verschillen hebben naar ons oordeel konsekwenties voor verder onderzoek van de psychotherapie en van de hulpverlening binnen de GGZ in het algemeen. Het bereikte effect van een behandeling hangt blijkbaar samen met het type cliënt waarmee het effect kan worden bereikt. Verder onderzoek van bijvoorbeeld psychotherapie zou zich daarom minder bezig moeten gaan houden met het aantonen van de effectiviteit van psychotherapie in zijn algemeenheid, en meer met de vraag naar de doelmatigheid ervan. De vraag wordt dan meer: Voor welke patiënten is psychotherapie adequaat? Informatie over de doelmatigheid van de hulpverlening binnen de GGZ wordt verkregen door systematisch onderzoek naar de graad van afstemming van specifieke vormen van zorg op de problematiek, de levensfase, de mogelijkheden en de beperkingen van hulpvragers.

#### Het programma-evaluatieonderzoek

Wij hebben in 1.3.3 gesteld dat ons onderzoek basismateriaal kan aandragen voor een verdere verwerking in programma-evaluatieonderzoek. Dit basismateriaal bestaat uit de resultaten van het systematisch registreren van gegevens en het ontwikkelen van instrumenten. Wat betreft de systematische registratie



van gegevens hebben wij in het voorafgaande geconcludeerd dat wij erin geslaagd zijn met dit type onderzoek een beter zicht te krijgen op de herkomst van drie groepen hulpvragers in de GGZ. Eén kanttekening is hierbij op zijn plaats. Uit de beschrijving van de opzet van ons onderzoek in hoofdstuk twee wordt duidelijk dat toekomstig programma-evaluatieonderzoek veel aandacht zal moeten besteden aan het implementeren van (registratie)onderzoek in instellingen binnen de GGZ. Dit pleidooi berust op de teleurstellende ervaringen met de uitvoering van dit onderzoek, vooral met betrekking tot de instituten die ambulante psychotherapeutische hulp bieden. Terecht beschouwen veel auteurs dit onderdeel van het programma-evaluatieonderzoek - de instelling vertrouwd maken met (registratie)onderzoek - als één van de belangrijkste aspecten van programma-evaluatie. Het veronachtzamen hiervan vormt waarschijnlijk de reden dat pogingen in de AGGZ om te komen tot een landelijke registratie van enige simpele behandelingskarakteristieken zijn mislukt (De Graaf, 1982; Van der Grinten, 1983).

Wat betreft de ontwikkeling en het gebruik van instrumenten heeft ons onderzoek een aantal duidelijke aanwijzingen opgeleverd. In de eerste plaats hebben we gezien dat de combinatie van drie bronnen van gegevens over verschillen tussen groepen (verschillen op de voormeting, op de nameting en verschillen in veranderingen) een genuanceerd beeld mogelijk maakt van de veranderingen in de verschillende groepen (zie de figuren 5.1 t/m 5.4). In samenhang hiermee hebben we vastgesteld dat het gebruik van een verscheidenheid van instrumenten konsekwenties heeft voor de onderzoeksresultaten. Uiteenlopende instrumenten die betrekking hebben op onderling verschillende persoonskenmerken, brengen divergente verandingsprocessen aan het licht. Het aangetoonde behandelingsresultaat hangt samen met het instrument dat is gebruikt. Een goed voorbeeld hiervan vormen de verschillen tussen de figuren 5.1 en overige figuren (5.2-5.4).

De SSIAM is een belangrijke aanwinst gebleken bij het onderzoek van verschillende veranderingsprocessen in de drie groepen. Dit instrument is in staat met veel meer nuancering, verschillen en overeenkomsten tussen groepen in behandelingsresultaat weer te geven, dan de gebruikelijke globale tevredenheidsoordelen en oordelen over de ernst van de klachten. Ook het onderscheid in vijf gebieden van functioneren is betekenisvol gebleken omdat de veranderingen in de vijf gebieden niet identiek bleken te zijn.

Dit resultaat vormt een aanwijzing voor de relevantie van ons theoretisch uitgangspunt zoals wij dat in 1.1 hebben uiteengezet. De studie van het functioneren van de patiënt tegen de achtergrond van de sociale context waarin het functioneren zich voordoet, blijkt meer gedetailleerde inzichten in veranderingen op te leveren dan meer globale oordelen van patiënten of therapeuten. Recente aanbevelingen in de literatuur omtrent het evalueren van therapieresultaten wijzen in dezelfde richting. Het gebruik van situatiespecifieke instrumenten verdient de voorkeur boven traditionele persoonlijkheidsvragenlijsten (Bergin & Lambert, 1978).

De SSIAM is vervolgens in staat gebleken nauwkeurig verschillen tussen groepen bij voormeting en bij nameting weer te geven. De betekenis van de ontdekking van deze verschillen hebben we eerder uiteengezet. Daarnaast bevestigen deze verschillen de predictieve validiteit van het instrument. Zo vinden we de verwachte verschillen tussen de twee psychotherapiegroepen bij de voormeting inderdaad terug in verschillen op de SSIAM.

De betekenis van de Gezins- en Werklijst is in dit onderzoek niet helemaal duidelijk geworden. De oorzaak hiervan is de onmogelijkheid om scherpe conclusies te trekken uit de resultaten van deze lijsten. Het blijft bijvoorbeeld onduidelijk wat precies de theoretische betekenis is van de waarneming van het gezin en het werk. Onopgelost blijft de vraag of deze waarneming samenhangt met de aard en de ernst van het sociaal

dysfunctioneren van de patiënt in de gezinssituatie en in de werksituatie dan wel of deze waarneming een weerspiegeling vormt van uiteenlopende externe omstandigheden van de gezins- en werksituatie. Uit de analyse van de verschillen in percepties tussen onze drie onderzoeksgroepen en een groep niet-hulpvragers zou kunnen worden afgeleid dat er wel degelijk sprake is van een samenhang tussen de waarneming van het gezin en het werk enerzijds en vormen van sociaal dysfunctioneren anderzijds. Alle hulpvragersgroepen scoorden op een groot aantal dimensies van deze twee lijsten minder positief dan de groep niet-hulpvragers. Met name geldt dit voor de Gezinslijst.

De analyses van verschillen in waarneming van resp. gezin en werk tussen de drie groepen hulpvragers geven weinig steun aan deze veronderstelde samenhang. Integendeel, op de voormeting vinden we de meeste verschillen in waarnemingen van gezin en werk tussen die groepen die het minste verschillen in aard en ernst van sociaal dysfunctioneren (de ambulante groepen).

Een tweede onduidelijkheid in de resultaten van deze twee lijsten, is de onmogelijkheid de precieze aard van de verschillen tussen de groepen vast te leggen. De verschillen die er - multivariaat gezien - tussen groepen zijn, vinden we slechts op één of twee dimensies terug. We kunnen dan moeilijk aangeven wat precies de aard van de verschillen is. Tenslotte is het niet gelukt om duidelijke conclusies af te leiden uit de analyses van de veranderingen in waarnemingen van gezin en werk in de drie groepen.

Naast deze onduidelijkheden hebben we toch aanwijzingen gevonden voor de relevantie van deze twee vragenlijsten in dit type onderzoek. Allereerst hebben we geconstateerd dat er tussen groepen zowel op de voormeting als op de nameting verschillen bestaan in de percepties van de gezinssituatie en de werksituatie. In overeenstemming met andere resultaten zagen we dat de twee ambulante groepen onderling meer ver-

schilden dan de twee psychotherapiegroepen. De verschillen die we vonden wezen in de richting van meer positieve scores in de ambulante psychotherapiegroep. Dit gegeven is opnieuw een bevestiging van de gunstige positie van de ambulante psychotherapiegroep.

Vervolgens hebben we gezien dat veranderingen in de waarnemingen steeds positieve veranderingen zijn. We leiden hieruit af dat deze twee vragenlijsten een onderdeel van het veranderingsproces representeren. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk komen we hierop terug, als we aanbevelingen doen voor verder onderzoek naar de betekenis van omgevingskarakteristieken in evaluatieonderzoek.

### 5.3. EEN VERDERE UITWERKING VAN VERSCHILLEN TUSSEN DE AMBULANTE GROEPEN

Het onderscheid tussen de twee ambulante groepen zoals wij dat in ons onderzoek hebben aangetroffen, verwijst naar het veelbesproken onderscheid in de GGZ tussen twee zorgsystemen: psychosociale zorg en psychiatrische zorg. Al in hoofdstuk één hebben we de polemische implicaties van dit onderscheid besproken en, ook nu, bij het bespreken van de resultaten van ons onderzoek in 5.1, blijkt het thema opnieuw onontkoombaar.

We hebben gezien dat de resultaten, althans een deel daarvan, voor beide partijen in de genoemde polemiek argumenten bevatten. In de ambulante psychiatrische groep zien we weinig verbetering, in de psychotherapiegroep zien we daarentegen veel positieve veranderingen. Deze resultaten zouden gebruikt kunnen worden om de verwijten aan het adres van de psychiatrische zorg te ondersteunen: er wordt met deze vorm van zorg weinig bereikt vanwege de kortdurende afstandelijke contacten en de beperking ervan tot het voorschrijven van psychofarmaca. Tegelijkertijd zouden onze resultaten echter kunnen worden aangewend om de negatieve kritiek aan het adres van de psychotherapeutische zorg te ondersteunen: deze zou juist succesvol

kunnen werken omdat de voor psychotherapie minder geschikte patiënten voortijdig de behandeling verlaten; bovendien hebben de patiënten veelal de hoogste opleidingen genoten, zij zijn lager in leeftijd en vertonen veelal een klachtenpatroon (problemen met het eigen zelfbeeld), dat hen speciaal ontvankelijk maakt voor psychotherapie. De betreffende kritiek lijkt terecht te spreken over "gemakkelijke" patiënten (YAVIS, "luxeproblematiek") waarmee de psychotherapeutische zorg werkt.

Een ander gedeelte van de resultaten bevat evenwel aanwijzingen die de betreffende discussie in een ander licht kunnen plaatsen. We hebben gezien dat de geringe verbeteringen in de ambulante psychiatrische groep samengaan met het rapporteren van weinig problemen vooraf aan de behandelingen. Dit kan betekenen dat de verwachtingen, waarmee patiënten in de ambulante psychiatrische behandelingsgroep in behandeling komen, verschillen van de verwachtingen van de patiënten in de andere ambulante groep.

De controverse komt in essentie neer op de vraag of verschillen in behandelingsresultaat terug te voeren zijn op verschillen in persoonskenmerken dan wel op verschillen in behandelingsstrategieën. Is de eerstgenoemde situatie van toepassing dan kunnen we spreken over het adequaat naast elkaar functioneren van psychotherapie en ambulante psychiatrische zorg in de GGZ; is daarentegen de andere situatie van toepassing dan staan deze twee zorgsystemen tegenover elkaar. In principe is het mogelijk met onze gegevens een deelonderzoek uit te voeren dat een bijdrage levert in de richting van een antwoord.

Op basis van onze bevinding, dat twee groepen variabelen in de controverse een prominente rol spelen, te weten opleidingsniveau en aard van de klachten, stellen we twee subgroepen samen uit beide ambulante groepen die op genoemde variabelen identiek zijn. De vergelijking van de verbeteringskarakteristieken van deze twee subgroepen kan in twee richtingen uit-

vallen. Verschillen de twee subgroepen in de mate van verbetering dan wijst dat erop, dat de oorzaak daarvan gezocht moet worden in verschillen in de aard van de behandeling. Vallen er daarentegen geen verschillen in behandelingsresultaat te constateren, dan vinden we daarin steun voor de opvatting dat het verschillen in persoonskenmerken zijn welke ten grondslag liggen aan de in deze studie eerder gerapporteerde effectverschillen bij de twee groepen. Deze uitkomst zou voorts een beperking van de indicatiestelling voor psychotherapie in de GGZ kunnen rechtvaardigen.

Om twee subgroepen van voldoende grootte samen te stellen bezien we de frekwenties in de figuren 3.5 (p.79) en 3.15 (p.93). Er is een voldoende groot aantal patiënten uit de twee ambulante groepen die een opleidingsniveau hebben van MAVO of lager. De frekwentieverdelingen van het opleidingsniveau in beide groepen laten zelfs zien dat twee subgroepen, waarvan het opleidingsniveau niet hoger is dan lager beroeps- onderwijs (patiënten met MAVO-niveau zijn dan uitgesloten), een toereikend aantal patiënten bevatten. Wij hebben een voorkeur voor deze laatste categorie van patiënten omdat daardoor de voorgenomen analyse beperkt blijft tot gegevens van patiënten met een laag opleidingsniveau. Deze beperking geeft extra reliëf aan de uitkomsten van de analyse omdat de aandacht dan speciaal gericht is op psychotherapie met patiënten uit de lagere sociale klasse. Uit figuur 3.15 blijkt dat de enige klacht die in beide oorspronkelijke ambulante groepen in voldoende mate voorkomt, psychosomatisch van aard is.

Ons materiaal stelt ons dus in staat om twee subgroepen samen te stellen die identiek zijn in opleidingsniveau (lager onderwijs of lager beroeps-onderwijs) en in aard van de klacht (psychosomatische klachten).

In de analyse van de behandelingsresultaten hebben we ons beperkt tot het zoeken naar verschillen tussen de twee subgroepen op alle items van de SSIAM en op alle tevredenheids-oordelen (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1. GEMIDDELDE SCORES VAN TWEE SUBGROEPEN UIT DE  
AMBULANTE GROEPEN. De twee subgroepen zijn identiek  
met betrekking tot lager opleidingsniveau en psy-  
chosomatische klachten

n	ambulante psychotherapie- groep	ambulante psychiatrische behandelings- groep
	19	33
<u>voormeting SSIAM</u>		
W2 Inefficiëntie	3.38	5.86
W9 Gevoelens van inade- kwaatheid	3.43	5.00
H3 Dominerend	2.94	5.41
<u>nameting SSIAM</u>		
W2 Inefficiëntie	2.33	3.94
W8 Gespannenheid	3.75	6.14
S1 Geïsoleerd	3.59	5.67
S4 Niets doen in vrije tijd	3.65	5.33
S7 Gespannen in gezelschap	3.24	5.36
S9 Verveling in vrije tijd	2.59	5.21
H2 Onderdanig	2.20	4.23
H3 Dominerend	2.80	5.00
<u>Tevredenheidsoordelen</u>		
Verbetering klacht 1	3.76	6.63
klacht 2	3.29	5.50
werk	3.92	6.93
sociaal leven	3.47	6.81
huwelijk	3.64	5.93
TBL item 1	4.24	2.06
item 2	3.65	2.56
item 3	3.76	2.40
item 4	3.71	1.63

- Alleen de items waarop de twee groepen verschillen zijn in de tabel opgenomen.
- Met uitzondering van de TBL-items, wijzen hogere scores op meer problematiek c.q. minder verbetering. Lagere scores op de vier items van de TBL wijzen op minder gunstige oordelen van de patiënt over de hoeveelheid verandering.

De resultaten van deze analyse stemmen vrijwel overeen met de resultaten van alle patiënten in de groepen, waaruit de subgroepen zijn gerecruteerd. We vinden verschillen tussen de twee subgroepen op het SSIAM gebied "sociaal leven en vrije tijd" en op bijna alle tevredenheidsoordelen. De patiënten uit de ambulante psychotherapiegroep rapporteren meer positieve veranderingen en meer tevredenheid met de afloop van de behandeling dan de patiënten uit de ambulante psychiatrische groep.

Daarentegen vinden we vrijwel geen verschillen tussen de twee subgroepen op de SSIAM-gebieden "werk" en "huwelijk". De aanwezige verschillen op de nameting zijn gering, bovendien zijn er ook verschillen tussen de groepen op drie items bij de voormeting.

Uit de resultaten van deze analyse kan worden geconcludeerd dat de door ons geselecteerde patiënten in de ambulante psychotherapeutische behandeling meer vooruitgang boeken dan de geselecteerde patiënten in de ambulante psychiatrische behandeling.

We kunnen ons in het verlengde van deze conclusie afvragen of verschillen in opleidingsniveau binnen de ambulante psychotherapiegroep wellicht samengaan met verschillen in behandelingsresultaat. Ter beantwoording van deze vraag voeren we eenzelfde analyse uit, maar nu met twee andere subgroepen, bestaande uit patiënten met psychosomatische klachten uit de ambulante psychotherapiegroep, te weten een groep met een laag opleidingsniveau en een groep met een middelbaar of hoger opleidingsniveau. We vinden dan geen verschillen in de mate van vooruitgang. Deze uitkomst ondersteunt de zoëven getrokken conclusie betreffende het verschil tussen de twee ambulante groepen in behandelingsresultaat.

Bij deze conclusie moeten we wel enig relativerend voorbehoud maken. De verschillen zijn alleen aangetoond voor twee subgroepen, die niet representatief genoemd kunnen worden voor



de groepen die wij in onze studie hebben onderzocht. Bovendien zijn de groepen identiek op slechts één bepaald soort klacht. Wij kunnen de uitspraken derhalve niet generaliseren naar andere groepen met andere klachten.

Verder geldt ook hier dat wij alleen voor- en nametingen bezitten van die patiënten uit de ambulante psychotherapiegroep die bij de aanvang van de behandeling beter functioneren dan die patiënten uit dezelfde groep waarvan we geen nameting hebben.

#### 5.4. SUGGESTIES VOOR VERDER ONDERZOEK

Ter afsluiting van deze studie geven we een aantal suggesties voor verder onderzoek. Deze suggesties baseren we op die resultaten van onze studie welke, naar onze mening, veelbelovend zullen zijn om verder onderzoek te entameren. We zullen deze aanbevelingen slechts kort noemen omdat veel literatuur suggesties van dezelfde strekking bevat (Aarsen, 1980; Garfield, 1980; Schnabel, 1981; Phillips & Bierman, 1981; Van der Grinten, 1983). Bovendien hebben we in hoofdstuk 1 al enkele suggesties uit de literatuur besproken.

Een eerste aanbeveling die rechtstreeks voortvloeit uit de onderzoeksresultaten is het voortzetten van onderzoek naar patiëntstromen rondom uiteenlopende voorzieningen in de GGZ. Meer systematische kennis van deze patiëntstromen zal kunnen bijdragen aan een meer doelmatige opbouw van de GGZ. Het is te verwachten dat dit type onderzoek gegevens kan opleveren die een meer efficiënte taakafbakening tussen de verschillende voorzieningen, mogelijk zullen maken.

Dit onderzoek van patiëntstromen kan betrekking hebben op patiënten van uiteenlopende voorzieningen zoals dagbehandelingscentra, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, poliklinieken van psychiatrische of algemene ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, en de poliklinieken daarvan. Daarnaast kan het zinvol zijn de variatie binnen de

groep patiënten van éénzelfde voorziening te bestuderen. De veronderstelling is gewettigd dat een dergelijke groep ook een zekere interne heterogeniteit bezit die bijvoorbeeld samenhangt met verschillen in aanpak tussen therapeuten van één team, of met regionale verschillen (stad-platteland).

Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek is de bestudering van de variatie binnen ieder van de drie onderzoeksgroepen van onze studie. In onze studie hebben wij de groepen op voorhand als homogeen beschouwd. Het is niet ondenkbaar, dat eventueel aanwezige variatie in patiëntkarakteristieken binnen één onderzoeksgroep alsnog relevante aspecten van de behandelingsvorm kan opleveren. Zo zou het van belang kunnen zijn om na te gaan of en in welk opzicht de groep patiënten die in psychotherapeutische behandeling komt bij vrijgevestigde psychotherapeuten, verschilt van de groep patiënten die psychotherapeutisch behandeld wordt in poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen. Voorts is de vraag van belang welke patiënten psychotherapie voortijdig afbreken of voor welke patiënten psychotherapie teleurstellend is verlopen zoals ondermeer kan blijken uit verschillen tussen patiënten met en zonder nameting.

De suggesties voor onderzoek naar variaties in patiëntstromen zijn mede geïnspireerd door het door Van Ginneken (1981) voorgestelde onderscheid in "functies" en "methoden". Al in 1.1 hebben wij dit onderscheid geïntroduceerd. Een functie wijst op de taak waarvoor zorgverlening staat: nazorg, preventie, crisisopvang, 24-uursbereikbaarheid, enzovoort. De methode van de hulpverlening heeft betrekking op de manier waarop een taak wordt vervuld: psychotherapie, psycho-sociale begeleiding, advisering, groepsgesprekken, stimuleren van zelfhulpgroepen, enzovoort. Van Ginneken is van mening dat bij de opbouw van de GGZ dit onderscheid niet of verwarrend wordt gehanteerd.

Wij zijn van oordeel dat een studie naar variaties in patiëntstromen in de GGZ meer helderheid kan brengen in de uiteenlopende taken van de GGZ en in de uiteenlopende methodie-

ken om die taken te vervullen. Onderzoek naar de variaties tussen patiëntstromen van de verschillende voorzieningen in de GGZ kan meer inzicht geven in de mate waarin die voorzieningen ook uiteenlopende functies vervullen. Zo is bijvoorbeeld uit onze studie duidelijk geworden dat het onderscheid in patiëntkenmerken van de twee psychotherapiegroepen wijst op de noodzaak van een onderscheid in functies: zorgverlening aan patiënten die in hun leefmilieu niet gehandhaafd kunnen worden is een andere taak dan hulp aan patiënten die ambulant kunnen blijven.

Het onderscheid tussen de twee ambulante groepen ligt in dit verband veel complexer. De vorige paragraaf (5.3) kan gezien worden als een poging onderscheid te maken tussen functies en methoden. Er zijn aanwijzingen dat bij de twee bedoelde hulpverleningsvormen aan het verschil in methoden meer gewicht moet worden toegekend dan aan het verschil in taken.

De bevindingen die dit soort onderzoek naar patiëntstromen zal opleveren, zullen een scherpere indicatiestelling mogelijk maken en daarmee bijdragen aan een verhoging van de doelmatigheid in de taakafbakening van de uiteenlopende GGZ-voorzieningen. De uitkomsten van dit type onderzoek zullen ongetwijfeld nieuwe vragen oproepen. Zo is duidelijk dat de huidige omschrijving van de verschillende hulpverleningsmethoden erg vaag is. Uit de literatuur is bekend dat hetgeen behandelaars zeggen dat ze doen, niet altijd overeenkomt met wat er zich in werkelijkheid afspeelt. Een studie van de aard van de behandelingsvorm of de voorziening zelf is wenselijk. In ons eigen onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat ambulante psychotherapie geen eenduidige methode van hulpverlening is. Voorbeelden hiervan zijn opgesomd in hoofdstuk twee (2.2.1 en 2.2.2). Wij hebben daar beschreven dat ruim één op de vijf psychotherapeuten geen overeenstemming ziet tussen de eigen manier van werken en de gebruikelijke psychotherapeutische technieken zoals die in de handboeken beschreven worden. Een tweede voorbeeld betreft de grote variatie in duur van een

ambulante psychotherapeutische behandeling en in de wijze waarop deze wordt afgesloten.

Een goed voorbeeld van het onderhavige type onderzoek is de kwalitatieve analyse van het functioneren van een psychiatrische polikliniek (Gomperts, 1982).

Daarnaast groeit de overtuiging dat er bij de opzet en uitvoering van onderzoek meer expliciet rekening moet worden gehouden met de mogelijkheden en beperkingen die de praktijk van de gezondheidszorg nu eenmaal met zich meebrengt. Naarmate onderzoek meer is afgestemd op het concrete werkveld zullen de resultaten ervan bruikbaar zijn voor de oplossing van beleidsvragen (Van der Grinten, 1983).

Een volgende vraag die ongetwijfeld steeds belangrijker wordt, is die naar de verschillende doelstellingen van voorzieningen. Uiteenlopende hulpverleningsvormen brengen uiteenlopende veranderingen op gang die leiden tot uiteenlopende resultaten. Toekomstige onderzoek kan zich niet langer tevreden stellen met het vage begrip "verbetering" of "vooruitgang". Wij hebben in onze studie aangetoond dat binnen de onderscheiden hulpvragersgroepen uiteenlopende veranderingsprocessen een rol spelen, die dan ook nog eens leiden tot aanzienlijke verschillen in uiteindelijk behandelingsresultaat. De geregistreerde verschillen in behandelingsresultaat zullen getoetst moeten worden aan de doelstellingen van de behandeling. Bovendien is dit type onderzoek van betekenis terwille van een optimale onderlinge afstemming van behandelingsdoelstelling en veranderingsmogelijkheden.

In methodologisch opzicht betekent deze aanbeveling dat gewerkt moet worden met instrumenten die in staat zijn veranderingen te registreren op verschillende terreinen waarop veranderingen wenselijk geacht worden. We weten dat veranderingen niet "uni-dimensioneel" zijn. Er zal gezocht moeten worden naar specifieke instrumenten waarmee de "multi-dimensionaliteit" van de veranderingsprocessen aan het licht kan worden gebracht (Bergin & Lambert, 1978). Er zal theoretisch

inzicht nodig zijn in uiteenlopende veranderingsprocessen en in de divergente criteria waarmee die veranderingen zouden moeten worden geëvalueerd (Strupp, 1978; Orlinsky & Howard, 1978).

In dit verband heeft onze studie aan dit theoretisch inzicht bijgedragen. De gebleken bruikbaarheid van de SSIAM, en in mindere mate de resultaten met de Gezins- en Werklijst, wijzen op het belang van meer theoretisch inzicht in kenmerken van het functioneren van de patiënt buiten de therapeutische situatie. Veranderingen in klachten en in het algemeen in gedragingen en opvattingen van de patiënt roepen reacties op van anderen in de directe leefomgeving van de patiënt. Veranderingen in de waarneming van de gezinssituatie en werksituatie hangen mogelijk samen met genoemde veranderingen in reacties van anderen. Vanuit de eerder in hoofdstuk één (1.1) en in hoofdstuk twee (2.3.5.1) beschreven theoretische principes kunnen we afleiden dat mogelijkheden voor veranderingen van een patiënt mede afhankelijk zijn van de grenzen die omgevingskarakteristieken, in het bijzonder gedragingen en opvattingen van sleutelfiguren uit de naaste omgeving (significante anderen), daaraan stellen.

Uit deze opvattingen vloeien verschillende aanbevelingen voort. In de eerste plaats is het zinvol de SSIAM verder uit te werken dan wel vergelijkbare instrumenten te ontwikkelen ten behoeve van vervolgonderzoek. Aangepaste en verbeterde versies van de SSIAM zijn in het Angelsaksische taalgebied beschikbaar (Weissman, 1975; Hogarty, 1975). Verder lijkt het zinvol om personen in de directe omgeving van de patiënt, zoals andere leden van het gezin of collega's op het werk te betrekken bij de oordelen over veranderingen (Fiske, 1975). Deze oordelen bieden tevens de gelegenheid om uiteenlopende opvattingen van dergelijke personen over gewenste veranderingen van de patiënt te inventariseren (Strupp & Hadley, 1977). Een dergelijke inventarisatie lijkt van belang met het oog op het onderscheid dat sommige auteurs hebben aangebracht tussen veranderingen op zich en de evaluatie daarvan.

Een derde aanbeveling in dit verband betreft verder onderzoek naar motivaties tot veranderingen waarmee patiënten een beroep doen op hulp. Deze motivaties zullen vermoedelijk verband houden met de door de patiënt gepercipieerde mogelijkheden, veranderingen aan te brengen in zijn functioneren binnen de dagelijkse leefsituaties. Deze ingeschatte mogelijkheden zijn de resultante van cognitieve processen bij de patiënt zelf, maar ook van houdingen en gedragingen van personen die voor de patiënt van betekenis zijn.

Uit het voorafgaande wordt duidelijk dat toekomstig onderzoek naar de plaats en functie van allerlei behandelingsvormen in de GGZ, en in het bijzonder van psychotherapie, in ruimere mate zal moeten gaan steunen op programma-evaluatieonderzoek en sociaal-epidemiologisch onderzoek. Het sociaal-epidemiologisch onderzoek zou zich moeten richten op het vergroten van inzicht in de aard en omvang van de hulpvraag; het programma-evaluatieonderzoek is van betekenis voor de studie van de doelmatigheid van de verschillende behandelingsvormen. Dit in zekere zin historisch gegroeide onderscheid in taakstelling is overigens pragmatisch van aard. Het is wenselijk deze twee onderzoekstradities complementair te zien: met het leveren van geschakeerde inzichten in de hulpvraag enerzijds en in de effecten van de gepresenteerde hulp anderzijds vullen zij elkaar aan.



Deze studie doet verslag van een terreinverkenkend onderzoek naar drie patiëntgroepen zoals die voorkomen in de dagelijkse praktijk van de GGZ. In hoofdstuk één noemen wij twee motieven die de achtergrond vormen van de studie. Een eerste motief is de toegenomen betekenis van psychotherapie voor de praktijk van de hulpverlening in de GGZ gedurende de laatste tien jaren en de groeiende controverse over de wenselijkheid hiervan. Verschillende opvattingen staan tegenover elkaar betreffende de rol van de psychiatrische zorg en andere niet-psychotherapeutische hulpverleningsvormen naast de rol van de psychotherapeutische zorg. Er is ook weinig empirisch materiaal voorhanden voor de discussie. Een tweede motief vloeit daarom voort uit de gebrekkige kennis over de alledaagse praktijk van de GGZ. Het is onvoldoende duidelijk welke patiënten met welke klachten met welk resultaat waar behandeld worden. Dit geldt ook voor de psychotherapeutische praktijk in de GGZ.

Op basis van deze motieven willen wij een terreinverkenkend onderzoek doen, gericht op de psychotherapeutische zorg in de GGZ. Wij willen weten welke patiënten in psychotherapie komen en wat het resultaat van hun behandeling is. Om vergelijkingsmateriaal te hebben, bestuderen wij tevens een vorm van hulpverlening die duidelijk van psychotherapie is te onderscheiden, maar die daarmee vaak in verband wordt gebracht: ambulante psychiatrische hulp in de vorm van kortdurende contacten waarin psychofarmaca belangrijke therapeutische hulpmiddelen zijn.



Verder proberen wij het onderzoek nauw aan te laten sluiten bij de alledaagse praktijk van de hulpverlening door patiëntgroepen te bestuderen zoals die in de praktijk aangetroffen worden.

Bij het kiezen van de variabelen voor dit onderzoek laten wij ons leiden door het theoretisch uitgangspunt dat (waargenomen) kenmerken van de omgeving en gedragingen van individuen in die omgeving elkaar wederzijds beïnvloeden. Wij willen aspecten van het functioneren van de patiënt onderzoeken tegen de achtergrond van de sociale kontekst waarin dat functioneren zich voordoet. In dit verband achten wij tevens de perceptie van de patiënt van zijn gezins- en werkomgeving van belang.

Vervolgens beschrijven wij in hoofdstuk één tot welke onderzoekszopzet de tot nu toe genoemde overwegingen hebben geleid. Wij bestuderen drie groepen patiënten waarvan de behandeling karakteristiek genoemd kan worden voor drie vormen van hulp in de GGZ: (1) een ambulante psychotherapiegroep, (2) een klinische psychotherapiegroep en (3) een groep patiënten die poliklinisch psychiatrisch behandeld wordt. Deze drie groepen maken het mogelijk twee voor de GGZ relevante tegenstellingen in hulpverleningsvormen te onderzoeken: (1) ambulante hulp tegenover klinische hulp en (2) psychotherapeutische hulp tegenover niet-psychotherapeutische hulp.

Dit soort onderzoek sluit nauw aan bij een drietal ontwikkelingen in onderzoek binnen de GGZ. Ons onderzoek is in overeenstemming met recent geformuleerde aanbevelingen over het wenselijke karakter van *psychotherapie-effectstudies*. In de tweede plaats levert deze studie gegevens op die van betekenis zijn binnen *sociaal-epidemiologisch onderzoek* omdat wij de samenhang bestuderen tussen patiëntkenmerken en de vorm van hulp die hen wordt geboden. Vervolgens draagt de systematische beschrijving van in de praktijk van alledag verzamelde gegevens, basismateriaal aan ten behoeve van *programma-evaluatieonderzoek*. Op basis van een korte karakterisering van Nederlands onderzoek in de GGZ stellen wij vast dat het

soort onderzoek dat wij op het oog hebben, in Nederland niet eerder is verricht.

In hoofdstuk 1 worden tenslotte de volgende vraagstellingen ontwikkeld: (1) welke specifieke patiëntkenmerken bij de aanvang van de behandeling zijn gerelateerd aan de drie vormen van hulpverlening, en (2) in welke mate zijn karakteristieke veranderingen in patiëntkenmerken aantoonbaar bij de respectieve vormen van hulpverlening.

In hoofdstuk twee beschrijven wij gedetailleerd de opzet van de studie. Het onderzoek kent twee meetmomenten, een voormeting bij de aanvang van de behandeling en een nameting, die in de meeste gevallen samenvalt met het einde van de behandeling. Voor het creëren van onderzoeksgroepen van voldoende grootte hebben wij contact gezocht met een groot aantal instellingen in de GGZ. De ambulante psychotherapiegroep omvat 187 patiënten afkomstig uit negen verschillende instellingen binnen de GGZ die ambulante psychotherapie verrichten (vrijgevestigde psychotherapeuten, tweedelijsinstituten, poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen). De tweede groep bestaat uit 143 patiënten die klinisch behandeld worden in twee instellingen waarvan de ene instelling volgens gedrags-therapeutische principes werkt en de andere volgens principes van de therapeutische gemeenschap. De derde groep is samengesteld uit 82 patiënten die niet-psychotherapeutisch behandeld worden. Zij zijn afkomstig van drie psychiatrische poliklinieken van algemene ziekenhuizen. De genoemde aantallen betreffen aantallen bij de voormeting. Voor de nameting zijn minder patiënten beschikbaar; in dezelfde volgorde waarin de groepen hierboven zijn opgesomd zijn dat 104, 97 en 50 patiënten. De respectieve uitvalspercentages zijn dan 44%, 32% en 39%.

In de psychotherapiegroepen zijn alleen patiënten opgenomen waarvan de behandeling volgens tevoren opgestelde criteria psychotherapie genoemd kan worden. In de ambulante psychiatrische groep zijn enkel die patiënten opgenomen waarvan

het klachtenpatroon niet te zeer afwijkt van de aard van de problematiek in de twee andere onderzoeksgroepen. De aard en de duur van de behandelingen lopen het meest uiteen in de ambulante psychotherapiegroep. In bijna de helft van de gevallen is in die groep de aanpak gedragstherapeutisch. De gemiddelde duur van de behandeling is acht maanden. In de klinische psychotherapiegroep is men gemiddeld twee tot drie maanden opgenomen. De gemiddelde behandelingsduur in de ambulante psychiatrische groep bedraagt  $\pm$  tien maanden. De perioden tussen voor- en nameting in de drie groepen zijn aangepast aan deze verschillen in behandelingsduur.

De volgende variabelen worden in dit onderzoek gebruikt:

(1) demografische kenmerken, (2) karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis zoals vastgesteld door de therapeut, (3) klachten, geformuleerd door de therapeut na overleg met de patiënt, (4) sociaal dysfunctioneren (SSIAM), vastgesteld in een interview met de patiënt door een onafhankelijke interviewer, (5) de waarneming van de gezins- en werkomgeving van de patiënt (Gezins- en Werklijst), (6) verbetering zoals vastgesteld door patiënt en therapeut na afloop van de behandeling, (7) een therapie-beoordeling van de patiënt (TBL).

Dit hoofdstuk behelst verder een verslag van de werkwijze bij de dataverzameling. In dit praktijkgericht onderzoek hebben wij nogal wat obstakels moeten overwinnen, mede vanwege de omvang van de steekproef en de veelheid van instituten die participeerden. Van drie lijsten trachten wij de betrouwbaarheid en validiteit enigszins te specificeren omdat deze lijsten door ons gemaakte vertalingen zijn: SSIAM, Gezins- en Werklijst en TBL. Voor het onderzoek van de itemconsistentie en de begripsvaliditeit van de Gezins- en Werklijst maken wij, behalve van de drie onderzoeksgroepen, gebruik van een groep niet-hulpvragers. Het betreft hier studenten van een tweetal instituten die opleiden tot middelbare actes in de pedagogiek ( $n=97$ ). Na het verwijderen van enige onderdelen van de lijsten blijken de betrouwbaarheidskarakteristieken acceptabel.

In hoofdstuk drie worden de drie groepen bij de voormeting op de eerste vijf variabelen vergeleken. We treffen groepsverschillen aan op alle kenmerken. De verschillen tussen de ambulante groepen zijn groter dan de verschillen tussen de psychotherapiegroepen op demografische kenmerken, karakteristieken van de hulpverleningsgeschiedenis en de waarneming van het gezin. De ambulante psychiatrische groep vertoont een lagere maatschappelijke positie, een meer medisch-psychiatrisch georiënteerde hulpverleningsgeschiedenis, en een minder positieve waarneming van het gezin dan de ambulante psychotherapiegroep. Met betrekking tot sociaal dysfunctioneren vinden wij duidelijke verschillen tussen de groepen, vooral tussen de psychotherapiegroepen. De klinische psychotherapiegroep rapporteert meer problemen dan de ambulante psychotherapiegroep; op haar beurt meldt deze groep meer problemen dan de psychiatrische groep.

Wij vinden geen verschillen tussen de groepen in de ernst van de klachten. Psychosomatische klachten en klachten rondom zelfbeeld bepalen vooral de aard van de verschillen.

In de laatste paragraaf van hoofdstuk drie geven wij een verslag van ons onderzoek naar de validiteit van de Gezins- en Werklijst. De vele verschillen tussen de groep niet-hulpvragers en elk van de drie hulpvragersgroepen wijzen op een meer positieve kijk op gezin en werk in de niet-hulpvragersgroep. Het blijkt niet mogelijk definitieve uitspraken te doen over de validiteit van deze lijsten.

Hoofdstuk vier behandelt het onderzoek naar veranderingen tussen voor- en nameting in de drie groepen betreffende sociaal dysfunctioneren en de waarneming van gezin en werk. Daarnaast bestuderen wij de oordelen van patiënt en therapeut over de behandeling. De eerste paragraaf van dit hoofdstuk is gewijd aan het bestuderen van verschillen op de voormeting tussen subgroepen met en zonder nameting. De subgroepen zonder nameting zijn groot (bijna 40% van de oorspronkelijke onderzoeksgroep). Alleen in de ambulante psychothera-

piegroep bestaan er verschillen tussen deze twee subgroepen: de subgroep zonder nameting rapporteert meer problemen in sociaal functioneren bij de voormeting.

Wij gebruiken twee methoden om effecten te bestuderen: (1) groepsvergelijkingen op de nameting en (2) de verschillen tussen de scores van voor- en nameting. Op de SSIAM zijn de resultaten van beide methoden identiek. Bij de nameting rapporteert de ambulante psychotherapiegroep minder problemen dan de andere twee groepen. Verder treffen wij de meest positieve veranderingen aan in de ambulante psychotherapiegroep en de minste veranderingen in de ambulante psychiatrische groep. Ook zijn er bij de nameting verschillen tussen de groepen in de waarneming van het gezin en het werk; de ambulante psychotherapiegroep rapporteert de meest positieve kijk op het gezin en het werk. De analyses van de verschillscores bij de Gezins- en Werklijst laten geen duidelijke conclusies toe.

Verschillen tussen groepen bij de nameting zijn relevanter voor het behandelingsresultaat dan verschillscores of scores inzake tevredenheid met de behandeling. Wij zijn van mening dat dit onderscheid in criteria van belang is voor evaluatie-onderzoek.

De analyses van de verbeteringsoordelen en de TBL leveren vrijwel geen nieuwe inzichten. In de discussie bij dit hoofdstuk attenderen wij erop, dat veranderingen afhankelijk zijn van het instrument dat de veranderingen registreert. Wij veronderstellen dat het veranderingsproces meerdere aspecten kent die niet identiek verlopen.

In hoofdstuk vijf keren wij terug tot de vraagstellingen en de probleemstelling van de studie. We concluderen dat bij de drie vormen van hulp waarop dit onderzoek betrekking heeft, drie uiteenlopende groepen hulpvragers in de GGZ terecht komen en dat de veranderingen in deze groepen niet identiek zijn. Met name de ambulante psychotherapiegroep komt uit deze studie naar voren als de groep met de meest positieve veran-

deringen. De vraag wordt gesteld in hoeverre wij hieruit mogen afleiden dat ambulante psychotherapie van de drie de meest doelmatige behandelingsvorm is in de GGZ. De onderzoeksresultaten kunnen op deze vraag geen rechtstreeks antwoord geven omdat selectieve uitval het therapie-effect kan hebben vertekend. Om de resultaten van deze studie nog iets meer uit te diepen, hebben wij uit de ambulante groepen twee subgroepen samengesteld die identiek zijn in soort klacht (psychosomatisch) en opleidingsniveau (laag). De analyse van verschillen tussen deze twee subgroepen bevestigt de relatief gunstiger resultaten van ambulante psychotherapie in vergelijking met ambulante psychiatrische behandeling.

Verder geven wij in dit hoofdstuk aan op welke wijze deze studie een bijdrage vormt aan het psychotherapie-effectonderzoek, het sociaal-epidemiologisch onderzoek en het programma-evaluatieonderzoek. Tot slot geven wij suggesties voor verder onderzoek.

## Summary

This study consists of an exploratory field study of three groups of patients as they occur in the daily practices of the mental health services. In chapter one the two motives that led to the instigation of the study are discussed. A first motive is the increasingly important role that psychotherapy has played the past ten years in the mental health services and the growing controversy about whether that is so desirable or not. The opinions about which role psychiatric and other forms of non-psychotherapeutic help should play next to psychotherapeutic care are divided. Besides that, there is very little empirical material that can make a contribution to the discussion.

A second motive is the limited amount of knowledge we have about what happens on a daily basis within the mental health services. There is insufficient information about which kinds of patients are treated for which kinds of complaints, where this takes place and what the results are. This series of questions is applicable to the psychotherapeutic practices taking place in the field of mental health as well.

On the basis of these motives we embark upon an exploratory study of psychotherapeutic care as it takes place in the mental health services. We want to know which patients receive psychotherapy and what the results of the treatment are. For comparative purposes we also look into a form of treatment that is different from, but often related to psychotherapy:

outpatient psychiatric help consisting of brief contacts with psychopharmaca as the main element of treatment. By studying groups of patients being treated at mental health centers we attempt to link our study directly to the field of mental health. The variables used in this study are derived from the theoretical point of view that the perceived environment and the behaviors of individuals in that environment influence each other. We investigate aspects of how the patient functions while keeping the social context in which it occurs in mind. In this respect we consider the patient's perception of his family and work environment as being very important.

In chapter one we also show how the foregoing considerations have led to the design we use in this study. We set out to study three groups of patients whose treatment is characteristic of three forms of mental health care: (1) an outpatient psychotherapy group, (2) an inpatient psychotherapy group, and (3) an outpatient psychiatric treatment group. The data we compile on these three groups make it possible to study two contrasts that are very relevant to the field of mental health: (1) outpatient versus inpatient treatment and (2) psychotherapeutic versus non-psychotherapeutic help.

This kind of research corresponds closely to three developments that are taking place in mental health research. To begin with, our study is in accordance with the recently formulated recommendations concerning the desirable nature of psychotherapy effect studies. Secondly, our investigation of the relationship between patient characteristics and the kind of help they receive is relevant for social-epidemiological research. Thirdly, our systematic description of some aspects of what goes on in daily practice of the mental health services can contribute to program evaluation. After characterizing Dutch research on topics relating to mental health we conclude that the study we have in mind has never been done in the Netherlands before.

At the end of the chapter we pose two basic questions:

- 1) Which specific pre-treatment patient features are related



to each of the three forms of care?

- 2) In what way are changes in patient features characteristic of the respective forms of care?

In chapter two the research design is described in further detail. We have carried out measurements at two moments in time, at the beginning of treatment (pretest) and, in most cases, at termination (posttest). In order to recruit three groups of patients we contacted many institutions of mental health. The first group, the outpatient psychotherapy group, consists of 187 patients from nine different mental health centers for outpatient psychotherapy (psychotherapists with own practice, mental health institutions and outpatient clinics in psychiatric hospitals). The second group, the inpatient group, consists of 143 patients residing in two mental institutions. One of these institutions works on the basis of behavior therapeutic principles, the other as a therapeutic community. The third group, the outpatient psychiatric group, consists of 82 patients who are being treated non-psychotherapeutically at three outpatient psychiatric clinics of general hospitals. These numbers apply to the pretest. At posttest there are fewer patients available, respectively 104, 97 and 50. The respective attrition rates are 44%, 32% and 39%.

The psychotherapy groups are comprised only of patients being treated by what can clearly be designated as being psychotherapy in accordance with criteria which have been formulated before. Only the patients whose complaints are rather comparable to those of the other two groups studied are included in the outpatient psychiatric group. The outpatient psychotherapy group is the most divergent group in terms of nature and duration of the treatments. In this group behavior therapy is used in nearly half of the cases and the mean duration of treatment is eight months. In the inpatient group the mean duration of hospitalization is two to three months. And the mean duration of treatment in the outpatient

psychiatric group is about ten months. The periods between pre- and posttest in the three groups are adapted to these differences in the length of treatment.

We use the following research variables: (1) demographic characteristics, (2) treatment history as scored by the therapist, (3) complaints formulated by therapist and patient, (4) social maladjustment measured by an independent interviewer in an interview with the patient (SSIAM), (5) the patient's perception of the family and work environment, (6) improvement as scored by patient and therapist and (7) assessment of the therapy by the patient (TBL).

The rest of the chapter is devoted to the data collection procedures. Our research has been of a practical nature and we have had to overcome quite a few barriers caused by the size of the sample and the number of institutions that participated. Because we have translated three of the questionnaires used in the study, i.e. SSIAM, Family and Work Environment Scales and TBL, we investigate their reliability and validity more closely. To study the item consistency and construct validity of the Family and Work Environment Scales we use the scores from a non-patient group as well as the scores from the three groups of patients. The non-patient group is comprised of students studying education at two different institutions ( $n=97$ ). After a number of modifications, the reliability of the questionnaires appears to be sufficient.

In chapter three we compare the three groups on the basis of the pretest scores on the first five variables. The groups differ in all respects. The differences between the outpatient groups are greater than the differences between the psychotherapy groups on demographic variables, treatment history and perception of the family. The outpatient psychiatric group comes from a lower social class, has a treatment history which is more medical-psychiatrically oriented and does not perceive the family as positively as does the outpatient psychotherapy group. There are obvious differences in malad-

justment amongst the groups, especially the psychotherapy groups. The inpatient group reports more problems in adjustment than the outpatient psychotherapy group which reports more problems than the psychiatric group.

The differences are most obvious when it comes to psychosomatic complaints and complaints having to do with self-esteem. There is no difference in the severity of the complaints.

The last section of chapter three deals with the validity of the Family and Work Environment Scales. The many differences that we find between the non-patient group and the three groups of patients point to a more positive view of family and work in the non-patient group. It is impossible to draw definite conclusions about the validity of these scales.

Chapter four reports the changes in social maladjustment and in the perception of family and work between pre- and posttest for the three groups. The chapter reports patient and therapist improvement scores as well. The first section of the chapter is devoted to the pretest differences between subgroups for which posttest measurements are available and subgroups for which they are not. The subgroups for which no posttest scores could be obtained are quite large (nearly 40% of the original group). The only differences that can be found between the two subgroups are in the outpatient psychotherapy group: the subgroup without a posttest reports more social maladjustment at pretest.

We study group changes in two different ways: (1) comparison of the groups at posttest and (2) the differences between pre- and posttest scores. As far as the SSIAM is concerned the results of the two methods are the same. At posttest the outpatient psychotherapy group reports less problems than the other two groups. We find the most positive changes in the outpatient psychotherapy group and the least amount of changes in the outpatient psychiatric group. There are also differences between the groups at posttest in terms of the perception of

family and work. Outpatient psychotherapy patients report a more positive outlook on both environments. There are no clear conclusions possible based upon the analyses of the differences in the scores on the Family and Work Environment Scales.

We conclude that the results of treatment are most obvious in the differences between the groups at posttest, more so than the differences between pre- and posttests or improvement scores. We believe that this distinction in criteria is important for evaluation research.

The analyses of the improvement scores and the scores of the patient's judgement of therapy provide few new insights. In the concluding section of this chapter we make mention of the fact that changes are dependent upon the instrument that is used for measuring them. We suggest that the change process consists of many aspects which do not shift in identical fashions.

In chapter five we return to the basic questions and basic problems involved in the study. We conclude that the three different types of care investigated in this study are given to three different groups of patients, and that the changes that come about are not identical in the three groups. The outpatient psychotherapy group is the most striking group in the study due to the many positive changes that occur. The question arises to which extent it is possible to conclude that outpatient psychotherapy is the most effective treatment compared to the other two: It is not possible to give a direct answer to this question because it may be that the selection process has influenced the results. To be able to scrutinize the results more carefully we construct two subgroups and match them in terms of the complaint (psychosomatic) and the level of education (low). Differences between these two subgroups confirm that the outpatient psychotherapy group has relatively better results than the outpatient psychiatric group.

The chapter continues with an elucidation of how this study contributes to psychotherapy effect research, to social-epidemiological research and to program-evaluation. We end with suggestions for further research.

- AARSEN, R. *Over de evaluatie en effectmeting van psychotherapie*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. NCGV-reeks no.17, 1980a.
- AARSEN, R. *Evaluatie en effectmeting van psychotherapie. Een inventarisatie van lopend onderzoek in Nederland*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. NCGV-reeks no.18, 1980b.
- ATTKISSON, C., HARGREAVES, W., HOROWITZ, M. & SORENSEN, J. (eds.) *Evaluation of human service programs*. New York: Academic Press, 1978.
- BAART, R.J. S.S.I.A.M. Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment. Doctoraal scriptie Vakgroep Klinische Psychologie, K.U.N., 1982.
- BARRABEE, P., BARRABEE, E.L. & FINESINGER, J.E. A normative social adjustment scale. *American Journal of Psychiatry*, 1955, 112, 4, 252-259.
- BATTLE, C.C., IMBER, S.D., HOEHN-SARIC, R., STONE, A.R., NASH, E.R. & FRANK, J.D. Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 1966, 20, 184-192.
- BAUDUIN, D. Vrouwen in tel. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1980, 35, 6-7, 464-491.
- BAUDUIN, D. Man-vrouwverdeling, personeel en cliënten ambulante geestelijke gezondheidszorg (1980). In: Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Vrouwenhulpverlening en ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Leidschendam, 1982.
- BAYER, H.A.P.M. *Registratiegegevens van de vijf Limburgse RIAGG's over de periode 1974-1981*. Maastricht: Provinciale Stichting voor GGZ in Limburg, 1983.
- BEEKERS, R.J.M. *Interpersoonlijke vaardigheidstherapieën voor kansarmen*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1982.

- BEENEN, F. *Hoe langer hoe gekker...? Voorspellen en begrijpen van de opnameduur van psychiatrische patiënten*. Vinkeveen, Academic Service, 1974.
- BERGIN, A.E. The evaluation of therapeutic outcomes. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York, John Wiley & Sons, 1971.
- BERGIN, A.E. & LAMBERT, M.J. The evaluation of therapeutic outcomes. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), *Handbook of Behavior Change: an empirical analysis*. 2nd edition. New York: Wiley, 1978.
- BERGIN, A.E. & STRUPP, H.H. New directions in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 1, 13-26.
- BERGIN, A.E. & SUINN, R.M. Individual psychotherapy and behavior therapy. *Annual Review of Psychology*, 1975, 26, 509-556.
- Beroepenklapper. Instituut voor Toegepaste Sociologie. Nijmegen, 1981.
- BERZINS, J.I., BEDNAR, R.L. & SEVERY, L.J. The problem of intersource consensus in measuring therapeutic outcomes: new data and multivariate perspectives. *Journal of Abnormal Psychology*, 1975, 84, 1, 10-19.
- BIERENBROODSPOT, P. Klinische psychotherapie van de psychotische patiënt: theoretische en technische aspecten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1980, 6, 5, 253-269.
- BLANKSTEIN, H. Psychotherapie als vorm van agogisch handelen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1976, 2, 3, 101-110.
- BUUL, H. van, Balans van de psychotherapiediscussie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1978, 33, 11, 737-748.
- CARTWRIGHT, D.S. Patient self-report measures. In: I.E. Waskow & M.B. Parloff, *Psychotherapy change measures*. Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1975.
- CHODOFF, P. Assessment of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39, 9, 1097-1103.
- COLAÇO BELMONTE, J.A.F. Honorering van psychotherapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1980, 35, 4, 315-321.

- COURSEY, R. (ed.) *Program evaluation for mental health. Methods, strategies, participants*. New York: Grune & Stratton, 1977.
- CRONBACH, L.J., AMBRON, S.R., DORMBUSCH, S.M., HESS, R.D., HORNIK, R.C., PHILLIPS, D.C., WALKER, D.F. & WEINER, S.S. *Toward reform of program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1980.
- DEKKER, E. Het gedwongen samengaan van overheid en geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1983, 38, 4, 372-382.
- DERKSEN, J. *Psychologische hulp in de eerste lijn*. Baarn: H. Nelissen, 1982.
- DIL, T. Het vijf-minuten-sprekeuur (3). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1982, 37, 6, 655-658.
- DRENTH, P.J.D. *De psychologische test*. Arnhem: Van Loghum Slaterus, 1968
- DIJKHUIS, J. De toepassing en de organisatie van de psychotherapie in de AGGZ. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1977, 3, 2, 53-66.
- DIJKHUIS, J. De organisatie van de psychotherapie in de AGGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1978, 33, 11, 749-767.
- EYSENCK, H.J. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16, 319-324.
- FISCHER, G.H. *Einführung in die Theorie psychologischer Tests*. Bern: Huber, 1974.
- FISKE, D.W. The use of significant others in assessing the outcome of psychotherapy. In: I.E. Waskow & M.B. Parloff (eds.), *Psychotherapy Change Measures*. Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1975.
- FRANK, J.D. Psychotherapy: the restoration of morale. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 271-274.
- FRANK, J.D. The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 2, 310-316.



- FRENCH, J.R.P. The social environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 1963, 19, 39-56.
- FUHR, R. & MOOS, R.H. *The clinical use of ecological concepts: a family case description*. Paper presented at the American Psychological Association Convention. San Francisco, Ca., 1977.
- FUHR, R.A., MOOS, R.H. & DISHITSKY, N. The clinical utility of the Family Environment Scale in ongoing family therapy. Unpublished paper Social Ecology Laboratory Stanford University, 1978.
- GARFIELD, S.L. Research on client variables in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- GARFIELD, S.L. *Psychotherapy. An eclectic approach*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- GARFIELD, S.L. Evaluating the psychotherapies. *Behavior Therapy*, 1981a, 12, 295-307.
- GARFIELD, S.L. Psychotherapy. A 40-year appraisal. *American Psychologist*, 1981b, 36, 2, 174-183.
- GEERLINGS, P., DE KLERK-ROSCAM ABBING, J. & SCHALKEN, H. De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1983, 38, 5, 511-528.
- GIEL, R. Hospital psychiatry in the Netherlands; buildings or people? *Social Psychiatry*, 1977, 12, 2, 89-93.
- GIEL, R. & TEN HORN, G.H.M.M. Een psychiatrisch register als basis voor planning. *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*, 1976, 54, 148-153.
- GIEL, R. & TEN HORN, G.H.M.M. De verhouding tussen hulpvraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1981, 23, 9, 504-521.
- VAN GINNEKEN, P. Het gevecht buiten de muren: wie krijgt de leuke cliënten? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1981, 36, 5, 443-447.
- GLASS, G.V. & ELLETT, F.S. Evaluation Research. *Annual Review*

*of Psychology*, 1980, 31, 211-228.

GLEISS, I., SEIDEL, R. & ABHOLZ, H. *Soziale Psychiatrie*.

Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1973.

GOEDHART, A. Psychotherapieresearch. In: A.P. Cassee, M.

Höweler & R.H.C. Janssen (samenstellers), *Inleiding in de klinische psychologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.

GOLDSTEIN, A.P. *Structured Learning Therapy, toward a psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press, 1973.

GOMPERTS, W. Het vijf-minuten-spreekuur. Observaties in een poliklinische psychiatrische praktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1982, 37, 4, 347-365.

GRAAF, H. de, Pas op je tellen. Is registratie in de welzijnszorg een goede methode om informatie te verzamelen?

's Gravenhage: Nederlands Instituut voor Maatschappelijk Werk Onderzoek, 1982.

GRAUENKAMP, F.J. Kort rapport. Enige verbanden tussen cliënt-gebonden variabelen en uitval. *De Psycholoog*, 1982, 17, 11, 728-731.

GRINTEN, T.E.D. van der, Beleid en onderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1983, 38, 8, 823-837.

GROSS, S.J. & MILLER, J.O. A research strategy for evaluating the effectiveness of psychotherapy. *Psychological Reports*, 1975, 37, 1011-1021.

GURLAND, B.J., YORKSTON, N.J., STONE, A.R., FRANK, J.D. &

FLEISS, J.L. The Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment (SSIAM) I en II. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 27, 8, 259-267.

HAEN, F. de, *GGZ in getallen-1980*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. NCGV-reeks no.40, 1982.

HAEN, F. de, Wie beschermt de beschermende woonvormen? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1983, 38, 2, 111-119.

HALEY, J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1963.

HOGARTY, G.E. Informant ratings of community adjustment. In:

- I.E. Waskow & M.B. Parloff (eds), *Psychotherapy change measures*. Rockville, Md.: National Institute of Mental Health, 1975.
- HOLAHAN, C. *Environment and behavior: a synthesis*. New York: Plenum, 1978.
- HORN, G.H.M.M. ten & GIEL, R. Patronen in het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1978, 33, 1, 23-34.
- HORN, G.H.M.M. ten, Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1982, 37, 12, 1279-1294.
- HOSMAN, C.M.H. *Psychosociale problematiek en hulpzoeken*. Lisse, Swets & Zeitlinger, 1983.
- HUIJG, J., VELDKAMP, J. & VAN DER ZON, T. De miljoenendans om de psychotherapie te versieren. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1976, 31, 9, 434-442.
- INSEL, P.M. & MOOS, R.H. Psychological environments. Expanding the scope of human ecology. *American Psychologist*, 1974, 179-188.
- JESSOR, R. & JESSOR, S.L. The perceived environment in behavioral science: some conceptual issues and some illustrative data. *American Behavioral Scientist*, 1973, 801-828.
- KABELA, M. Opgeruimd staat niet altijd netjes. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1977, 32, 6, 391-393.
- KAZDIN, A.E. & WILSON, G.T. Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 1978, 35, 407-416.
- KAZDIN, A.E. & WILSON, G.T. *Evaluation of behavioral therapy: issues, evidence and research strategies*. Cambridge, Ma.: Ballinger Publishing Cy, 1979.
- KERKHOF, P. van, *Een overzicht van lopend en afgesloten onderzoek op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg in 1980*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. NCGV-reeks no.29, 1981.
- KERKHOF, P. van, *Geestelijke gezondheidszorg in Nederland:*

- 10 jaar onderzoek. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. NCGV-reeks no.41, 1982.
- KIESLER, D.J. Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 1966, 65, 2, 110-136.
- KUITENBROUWER, C.H.G.M. De koe bij de horens gevat. Maar dan? Commentaar op de Discussienota van de Werkgroep Psychotherapie (Cie Verhagen). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1979, 34, 2, 146-149.
- LORION, R.P. Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds), *Handbook of Psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley, 1978.
- LUBORSKY, L., AUERBACH, A.H., CHANDLER, M. & COHEN, J. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 1971, 75, 3, 145-185.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 995-1008.
- MARS, P. Hulpverleners in Heerlen en Den Haag (2). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1983, 38, 1, 9-15.
- MARSHALL, E. Psychotherapy works, but for whom? *Science*, 1980, 207, 506-508.
- MARSHALL, E. Psychotherapy faces tests of worth. *Science*, 1980, 207, 35-36.
- MASTBOOM, J. *Poliklinieken van psychiatrische centra*. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. NCGV-reeks no.27, 1981.
- MELTZOFF, J. & KORNREICH, M. *Research in psychotherapy*. New York: Atherton, 1970.
- MILES, H., BARRABEE, E.L. & FINESINGER, J.E. Evaluation of psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 1951, 13, 83-105.
- MINTZ, J. What is "success" in psychotherapy? *Journal of Abnormal Psychology*, 1972, 80, 11-19.
- MINTZ, J. LUBORSKY, L. & CHRISTOPH, P. Measuring the outcomes

- of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 2, 319-334.
- MOOLENAAR, L., RAS, H.J.C. & DE WAARD, A.M. Het vijf-minuten-spreekuur (2). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1982, 37, 6, 653-655.
- MOOS, R.H. Conceptualizations of human environments. *American Psychologist*, 1973, 28, 652-665.
- MOOS, R.H. *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York: Wiley, 1974a.
- MOOS, R.H. *Family, Work, and Group Environment Scales. Preliminary manual*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1974b.
- MOOS, R.H. *Evaluating correctional and community settings*. New York: Wiley, 1975.
- MOOS, R.H. Evaluating family and work settings. In: P. Ahmed & G. Coelho (eds.), *New directions in health*. New York: Plenum, 1979.
- MURRELL, S.A. An open system model for psychotherapy evaluation. *Community Mental Health Journal*, 1971, 7, 3, 209-217.
- NAWAS, M.M., PLUK, P.W.M. & WOJCHIECHOWSKI, F.L. *Healing practices: An annotated bibliography of Non-Western Tribal Healing Practices, and a speculative Essay on the Non-Specific Common Elements in the Therapeutic Situation across Cultures*. Nijmegen: Intern Rapport 80KL05 Vakgroep Klinische Psychologie, Psychologisch Laboratorium, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1980.
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.J. The relation of process to outcome in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York: Wiley, 1978.
- Overzicht gegevens psychiatrische instellingen in Nederland*, 1978. Leidschendam, Staatsuitgeverij, 1980.
- PARLOFF, M.B. Can psychotherapy research guide the policy-maker? *American Psychologist*, 1979, 34, 4, 296-306.

- PARLOFF, M.B. Psychotherapy and research: an anaclitic depression. *Psychiatry*, 1980, 43, 279-293.
- PARLOFF, M.B. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry*, 1982, 139, 6, 718-727.
- PARLOFF, M.B., KELMAN, H.C. & FRANK, J.D. Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 1954, 11, 343-351.
- PARLOFF, M.B., WASKOW, I.E. & WOLFE, B.E. Research on therapist variables in relation to process and outcome. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), *Handbook of Behavior Change: an empirical analysis*. 2nd edition. New York: Wiley, 1978.
- PHILLIPS, J.S. & BIERMAN, K.L. Clinical Psychology: Individual Methods. *Annual Review of Psychology*, 1981, 32, 405-438.
- PIJPE, G. Psychotherapie met de patiënt van laag ontwikkelingsnivo. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1976, 2, 71-80.
- RAAIJMAKERS, M. & VAN DEN WOLLENBERG, A. RADI: programme for the dichotomous Rasch model. Internal Report 79MA06 Vakgroep Mathematische Psychologie, Psychologisch Laboratorium, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
- REDLICH, F. & KELLERT, S.R. Trends in American Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, 1, 22-28.
- SARBIN, T.R. A new model of the behavior disorders. *Gewein, Tijdschrift voor Psychologie*, 1962, 10, 324-338.
- SARBIN, T.R. & ALLEN, V.L. Role theory. In: G. Lindzey & E. Aronson (eds), *Handbook of Social Psychology* (2nd edition, vol I). Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, 1968.
- SCHAGEN, S. Psychotherapeut in Nederland. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1980, 35, 10, 920-925.
- SCHAGEN, S. Een jaarverslag per gedragstherapeut. *De Psycholoog*, 1981, 16, 2, 100-105.
- SCHAGEN, S. De heilzame effecten van psychotherapie. Boekbespreking van Smith, Glass & Miller's: The benefits of

- psychotherapy. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1982, 8, 3, 193-195.
- SCHEFF, T. *Being mentally ill*. Chicago: Aldine, 1966.
- SCHNABEL, P. De beurse plekken van het effectonderzoek in de psychotherapie. Voorwoord bij Aarsen, R., *Over de evaluatie en effectmeting van psychotherapie*. Utrecht: NCGV-reeks no.17, 1980.
- SCHNABEL, P. De psychotherapeutische situatie en het psychotherapeutische kader: verborgen factoren in het evaluatie- en effectonderzoek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1981, 7, 5, 267-279.
- SCHNABEL, P. Geestelijke gezondheidszorg. 's Gravenhage: Verslag van de studiedag "Herwaardering van welzijnsbeleid". Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, i.s.m. Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid, 1982.
- SCHUDEL, W.J. *Opgenomen..., opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van de bedden in psychiatrische ziekenhuizen*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1976.
- SCHUDEL, W.J. Hulpverleners in Heerlen en Den Haag. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1983, 38, 1, 3-8.
- SCHUR, E. *Labeling deviant behavior: its sociological implications*. New York: Harper & Row, 1971.
- SCHUTZ, H. Gedragstherapie bij IMP-cliënten. *De Psycholoog*, 1981, 16, 10, 690-701.
- SLOANE, R.B. STAPLES, F.R., CRISTOL, A.H. YORKSTON, N.J. & WHIPPLE, K. *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1975.
- SOREL, F.M. De nazorg nagelaten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1982, 37, 12, 1295-1305.
- STRUPP, H.H. Psychotherapy research and practice: an overview. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*. New York: Wiley, 1978.
- STRUPP, H.H. Psychotherapy: assessing methods. Letter in: *Science*, 1980, 207, 590.
- STRUPP, H.H., FOX, R.E. & LESSLER, K. *Patients view their*

- mental health*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1969.
- STRUPP, H.H. & HADLEY, S.W. A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist*, 1977, 32, 187-196.
- STRUPP, H.H., WALLACH, M.S. & WOGAN, M. Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists. *Psychological Monographs*, 1964, 78, 11, 1-45 (whole no 588).
- SUCHMAN, E.A. *Evaluative research: principles and practice in public service and social action programs*. New York: Russell Sage Foundation, 1967.
- SWAAN, A. de, VAN GELDEREN, R. & KENSE, V. *Sociologie van de psychotherapie, 2. Het spreekuur als opgave*. Utrecht: Het Spectrum. Aula boek 662, 1979.
- SIJBEN, A. Program-evaluatie in U.S.A. Nijmegen: Projekt Overwaal Program Evaluatie. Memo 4, 1979.
- SIJBEN, A. Program-evaluatie, in theorie en praktijk. *Bulletin van de Vereniging voor Gedragstherapie*, 1980, 13, 1, 5-19.
- THIEL, J.H. Wat is psychotherapie? I Achtergronden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1977, 121, 47, 1891-1894.
- VISIECOMMISSIE ST. BAVO, De chronische patiënt. Tweede rapport. Noordwijkerhout: Psychiatrisch Centrum St. Bavo, 1973.
- VISIECOMMISSIE ST. BAVO, Van probleem tot psychiatrie. Derde rapport. Noordwijkerhout: Stichting Centrum St. Bavo, 1978.
- WEISSMAN, M.M. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 3, 357-365.
- WERKGROEP PSYCHOTHERAPIE (Commissie Verhagen), *Advies inzake een beleid voor psychotherapie*. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1981.
- WOLLENBERG, A. van den, *The Rasch model and time-limit tests: an application and some theoretical contributions*.



Nijmegen: Stichting Studenten Pers, 1979.

WIJNGAARDEN, H.R. Psychotherapie en de wetenschap der psychologie. In: L.K.A. Eisenga, H.R. Wijngaarden, R.F.W. Diekstra, W. Heuves & G. Stafleu: *Psychologie en psychotherapie*. Amsterdam: N.I.P., 1981.

# Bijlagen

## BIJLAGE 1 KLACHTENLIJST

VOORAF AAN THERAPIE

THERAPEUT + CLIENT

Vraag 1: Formulering van de drie hoofdklachten waarvoor de cliënt in behandeling komt.

De klachten verwijzen niet naar een psychiatrische of psychologische categorie. De bedoeling is dat ze zoveel mogelijk in de eigen bewoordingen van de cliënt gesteld worden. De cliënt kan tevens met zijn formulering aangeven wat hij het doel acht van de behandeling; derhalve formuleert hij niet alleen wat symptomatisch is in zijn leven maar tevens wat hij met behulp van therapie wil veranderen en verwacht te veranderen.

De drie hoofdklachten kunnen varianten zijn van hetzelfde basisprobleem (bijvoorbeeld impotentie, zorgen maken hierover en gevoelens van minderwaardigheid ten opzichte van andere mannen), of ook kunnen dit drie verschillende klachten zijn: dwangmatig eten, haar uittrekken en angst bij ontmoeting van belangrijke mensen.

Klacht 1

Klacht 2

Klacht 3

Gevraagd wordt aan de therapeut de klachten op te schrijven na overleg en overeenstemming over de inhoud met de cliënt.

Vraag 2: Ernst van de klachten.

Van ieder van de drie klachten die samen met de cliënt aan het begin van de therapie geformuleerd zijn geeft de therapeut de ernst aan, mede aan de hand van de volgende overwegingen:

- duur van het bestaan van de klacht
- frekwentie en duur van het optreden van de klacht
- hoeveelheid en het belang van de situaties waaraan de cliënt door de klacht niet meer toekomt.

## Scoring:

Klacht 1: 0 klacht is afwezig  
 0 klacht is in geringe mate aanwezig  
 0 de klacht kan als mild bestempeld worden  
 0 de klacht is vrij ernstig  
 0 klacht wordt beoordeeld als ernstig

Klacht 2: 0  
 0  
 0  
 0  
 0

Klacht 3: 0  
 0  
 0  
 0  
 0

EINDE THERAPIE

THERAPEUT

Vraag 3: Ernst van de klachten

Van de drie klachten die aan het begin van de therapie samen met de cliënt geformuleerd zijn geeft de therapeut de ernst aan van iedere klacht.

Scoring (presentatie van de oorspronkelijke klacht):

Klacht 1: 0 de klacht is afwezig

0

0

0

0 de klacht is ernstig

Klacht 2: idem

Klacht 3: idem

1. Beschrijving van de 45 items

WERK

Gedragitems

W1 Instabiliteit

Het aantal banen waarmee in de laatste vier maanden gestopt is (of voor studerende(n): toetsen of tentamens waarvoor men is gezakt of cursus(sen) die zijn afgebroken).

W2 Inefficiëntie

Het werk waarvoor iemand is opgeleid en waarin iemand ervaren is, het werk dat nu gedaan wordt, de standaarden die voor het werk vereist zijn, en zijn/haar doelmatigheid in het huidige werk.

W3 Niet succesvol

Het aantal banen dat iemand heeft gehad, het salaris of loon dat hij/zij verdiend heeft, en de stappen die iemand heeft ondernomen om verder te komen of om het inkomen te vermeerderen.

W4 Overwerken

De tijd die iemand bezig is met het werk en het tempo, de hoeveelheid die iemand vrij-af neemt, en of er tijd beschikbaar is voor andere dingen dan enkel werk.

W5 Inassertiviteit

Uitbuiting door anderen in zijn/haar werksituatie: het aantal mensen dat de cliënt uitbuit, en hun status.

W6 Onenigheid

De frekwentie van conflicten op het werk en het aantal mensen waarmee conflicten ontstaan.

Gevoelsitems

W7 Ongeïnteresseerdheid

Het gedeelte van de tijd waarin iemand niet geïnteresseerd is in het werk en de intensiteit van deze ongeïnteresseerdheid.

#### W8 Gespannen

De ernst van de spanning op het werk en het gedeelte van de werksituaties dat spanning oplevert.

#### W9 Gevoelens van inadekwaatheid

De intensiteit van het schaamtegevoel op het werk, en het gemak waarmee dat gevoel wordt uitgelokt; het gebrek aan vertrouwen of het gebrek aan trots over prestaties op langere termijn.

### HET SOCIALE LEVEN EN DE VRIJE TIJD

#### Gedragsitems

##### S1 Geïsoleerd

Het aantal, soort en nabijheid van sociale contacten.

##### S2 Teruggetrokken

De intimiteit van de gevoelens die worden uitgedrukt aan anderen, en de persoon tegen wie het gevoel wordt uitgedrukt.

##### S3 Onaangepast, inflexibel

De verandering in gedrag nadat men is beledigd, de persoon ten opzichte van wie het gedrag is veranderd en de tijd die ervoor nodig is om tot normale gedragingen terug te komen.

##### S4 Niets doen in vrije tijd

De aanwezigheid van ontwikkelde belangstellingsgebieden en het initiatief om er iets aan te blijven doen.

##### S5 Tegen de draad in

De ernst van de wet of de regel die overtreden wordt en de gevolgen voor de cliënt zelf of voor anderen.

##### S6 Onenigheid

De frekwentie en intensiteit van zijn/haar agressieve daden jegens anderen, en de ernst van de reacties die hij/zij bij anderen oproept.

---

De auteur van de SSIAM Dr. B.J. Gurland heeft toegestemd in de vertaling ervan. De Amerikaanse uitgever van de SSIAM (Springer, New York) heeft onze vertaling auteursrecht gegeven.

## Gevoelsitems

### S7 Gespannen in gezelschap

De frekwentie en de intensiteit van de spanning als men in gezelschap is, en het plezier dat beleefd wordt aan gezelschap.

### S8 Eenzaam

De intensiteit van de eenzaamheid.

### S9 Verveling in vrije tijd

De intensiteit en de duur van de verveling.

## OUDERLIJK GEZIN

## Gedragsitems

### G1 Zwijgzaam

De frekwentie en de mate waarin op een actieve wijze vertrouwelijkheden met de familie worden vermeden, en de aard van de vertrouwelijkheden welke worden vermeden.

### G2 Te meegaand, toegevend

Het belang van de beslissingen die door de familie worden beïnvloed, en het gemak waarmee deze beslissingen te beïnvloeden zijn.

### G3 Opstandig

De frekwentie en het belang van de beslissingen die bepaald worden door zich afzetten tegen het gezin en de mate waarin deze beslissingen als zodanig bepaald kunnen worden.

### G4 Aan het gezin gebonden

De hoeveelheid van behoeftes waaraan uitsluitend door de familie tegemoet gekomen kan worden.

### G5 Teruggetrokken

De aktiviteit van het vermijden van de familie, de formele karakters van de contacten en de tijd die de cliënt op kan brengen om samen met de familie te zijn.

### G6 Wrijving

De aanwezigheid van een relatie met familieleden, de hoeveelheid (intensiteit) agressie en het gebrek aan warmte (vriendelijkheid) jegens hen.

### Gevoelsitems

#### G7 Beheerst door schuldgevoelens

De intensiteit van gevoelens van zelfverwijten inzake handelingen jegens de familie.

#### G8 Rancuneus

De intensiteit van kwaadheid jegens de familie en de aanwezigheid van waardering van de familie.

#### G9 Angstig, bevreesd

Intensiteit van de angst van de familie of voor de familie.

### HUWELIJK

### Gedragsitems

#### H1 Teruggetrokken, gesloten

De sterkte en de frekwentie van de emoties die voor het eigen gezin (huwelijk) verborgen worden en de koele houding jegens de leden van het gezin (huwelijk).

#### H2 Onderdanig

De assertiviteit in het huwelijk en de weerstand (blokkade) die moet worden overwonnen om voor zichzelf op te komen.

#### H3 Dominerend

Het domineren in het huwelijk en het protest van de anderen omtrent dat domineren.

#### H4 Nalstig

Het belang van de verplichtingen die niet worden nagekomen in het huwelijk, de druk om het anders te doen en de behoefte aan een buitenstaander voor hulp.

#### H5 Sterk afhankelijk

De hoeveelheid en het type behoeften waarvoor de cliënt afhankelijk is van het gezin (huwelijk).

#### H6 Wrijving

De frekwentie en de intensiteit van wrijving in het huwelijk, en de vervreemding.

### Gevoelsitems

#### H7 Overstuur

De intensiteit van de spanning in het huwelijk



H8 Zich tekort gedaan voelen

De intensiteit van het gevoel te kort gedaan te worden in het verlangen naar warmte en aandacht in het huwelijk.

H9 Voelt zich tekort schieten

De intensiteit en de mate waarin de cliënt zich een mislukking voelt in het huwelijk.

## SEXUALITEIT

### Gedragsitems

Sx1 Onverschillig

De sterkte van de belangstelling voor sex, en de aanwezigheid van frustratie.

Sx2 Inadekwaat

De hoeveelheid mislukkingen in sexueel bezig zijn

Sx3 Passief

De frekwentie van pogingen tot sexueel bezig zijn.

Sx4 Koud

Gebrek aan affectie jegens de (sex)partner.

Sx5 Niet gebonden, vrij

De intimiteit van de sexpartner en de duurzaamheid van de sexuele relatie.

Sx6 Afgewezen

Afwijzing of toenadering door de sexpartner.

### Gevoelsitems

Sx7 Spanning

Intensiteit van angst en de aanwezigheid van plezier die beleefd wordt aan sex.

Sx8 Zich verstoken voelen

Intensiteit van het gevoel verstoken te zijn van sex.

Sx9 Ongewenste driften, verlangens

Intensiteit van de afkeer die voortkomt uit ongewenste sexuele verlangens.

## 2. Voorbeeld van een SSIAM-item

1. Gebied                      huwelijk
2. Het soort item           gedragsitem
3. Item-titel                teruggetrokken, gesloten
4. Vraag                      Probeert u uw gevoelens aan uw echtgeno(o)t(e) (en kinderen) nader te verduidelijken? Bijvoorbeeld gevoelens van boosheid of genegenheid of behoefte aan sympathie.
5. N.B.                        Richt de aandacht op emoties/gevoelens die constructief meegedeeld kunnen worden.
6. De schaal
- |    |   |   |
|----|---|---|
| 11 | — |   |
| 10 | — | verbergt zelfs zwakke (alledaagse, gewone) emoties, maakt koude indruk  |
| 9  | — |   |
| 8  | — | verbergt alle sterke emoties om geen moeilijkheden te veroorzaken (of scènes te maken), maakt koele indruk                                  |
| 7  | — |   |
| 6  | — | kan soms even, in een flits, sterk geëmotioneerd zijn.  |
| 5  | — |   |
| 4  | — | gewoonlijk open, maar verbergt bepaalde emoties (bijvoorbeeld bepaalde grieven of behoeften waarvoor de patiënt van anderen afhankelijk is. |
| 3  | — |   |
| 2  | — | is openhartig ten opzichte van echtgeno(o)t(e) (en kinderen)  |
| 1  | — |   |
- 0 onbekend      0 niet van toepassing
7. Dimensie                de sterkte en de frekwentie van de emoties die voor het eigen gezin (huwelijk) verborgen worden en de koele houding jegens leden van het gezin (huwelijk).

1. Beschrijving van de subschalen<sup>1</sup>

GEZINSLIJST

Relatie-dimensies

1. Cohesie: de mate waarin gezinsleden zich concentreren op het gezin en de mate waarin gezinsleden elkaar helpen en steunen.
2. Expressiviteit: de mate waarin gezinsleden vrij zijn en worden aangemoedigd zich openlijk te gedragen en gevoelens direct te uiten.
3. Conflict: de mate waarin openlijk uiting geven aan woede en agressie en in het algemeen conflictueuze interacties karakteristiek zijn voor het gezin.

Persoonlijke groei-dimensies

4. Onafhankelijkheid: de mate waarin gezinsleden worden aangemoedigd om assertief te zijn, voor zichzelf op te komen, eigen beslissingen te nemen en zaken zelf te bepalen.
5. Prestatie oriëntatie: de mate waarin allerlei activiteiten worden geplaatst binnen een prestatie-gericht of competitief verband.
6. Intellectueel-culturele oriëntatie: de mate waarin het gezin gericht is op politieke, sociale, intellectuele en culturele activiteiten.
7. Oriëntatie op actieve recreatie: de mate waarin het gezin actief participeert aan recreatieve bezigheden en sportieve activiteiten.
8. Moreel-religieuze nadruk: de mate waarin het gezin actief

---

1) De beschrijvingen van de subschalen zijn vertalingen van overeenkomstige beschrijvingen van Moos (1974, p. 4 en 17).

bezig is met ethische en religieuze uitgangspunten en waarden.

### Systeem-handhavende dimensies

9. Organisatie: meet hoe belangrijk orde en organisatie is in het gezin in termen van het structureren van gezinsactiviteiten, financiële zaken, en duidelijkheid met betrekking tot gezinsregels en verantwoordelijkheden.
10. Controle: meet de mate waarin het gezin op een hiërarchische wijze is georganiseerd, de rigiditeit van gezinsregels en -procedures en de mate waarin gezinsleden steeds elkaar commanderen.

### WERKLIJST

#### Relatie-dimensies

1. Betrokkenheid: meet de mate waarin de werknemers gericht zijn op het werk en er zorg voor hebben; deze dimensie bevat ook items die verwijzen naar enthousiasme en constructieve activiteiten.
2. Cohesie onder werknemers: meet de mate waarin werknemers vriendelijk en hulpvaardig zijn ten opzichte van elkaar.
3. Steun van stafzijde: meet de mate waarin het management werknemers terzijde staat en oog heeft voor werknemers die onderling iets voor elkaar doen.

#### Persoonlijke groei-dimensies

4. Autonomie: meet de mate waarin werknemers gestimuleerd worden om voor zichzelf op te komen en eigen beslissingen te nemen. Bevat items die verwijzen naar persoonlijke ontwikkeling en groei.
5. Taak-efficiëntie: bepaalt de mate waarin de sfeer op het werk de nadruk legt op juiste programmering, doeltreffendheid en het afronden van taken.

## Systeem-handhavende dimensies

6. Werkdruk: meet de mate waarin werkdruk de sfeer op het werk bepaalt.
7. Duidelijkheid: meet de mate waarin werknemers weten wat ze in dagelijkse routine-bezigheden kunnen verwachten en in hoeverre regels en beleidslijnen duidelijk overkomen.
8. Controle: meet de mate waarin het management regels en pressie hanteert om werknemers te controleren.
9. Innovatie: meet de mate waarin variatie, verandering en nieuwe benaderingen worden benadrukt.
10. Fysiek comfort: meet de mate waarin de fysieke omgeving bijdraagt aan een plezierige werksfeer.

## 2. Voorbeelden van items

### Gezinslijst

Cohesie: Gezinsleden helpen en steunen elkaar	
echt	juist/onjuist
Expressiviteit: Vaak houdt men bij ons thuis	
zijn gevoelens voor zich	juist/onjuist
Conflict: Wij maken veel ruzie thuis	juist/onjuist
Controle: Activiteiten in ons gezin worden zorg-	
vuldig afgesproken	juist/onjuist

---

Van diverse personen en uitgevers is schriftelijk toestemming verkregen voor het gebruik in deze studie van een vertaling van de Family Environment Scale en de Work Environment Scale.

In eerste instantie heeft Prof. R.H. Moos, de samensteller van de oorspronkelijke Amerikaanse versie, zijn toestemming gegeven voor vertaling en gebruik. De auteursrechten voor de Nederlandse vertaling zijn door de uitgever van de Amerikaanse versie, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California, in handen gegeven van Swets & Zeitlinger B.V., Lisse. Laatstgenoemde uitgever heeft de heren R. de Coole en H. Jansma (Vakgroep Orthopedagogiek, RU Utrecht) het recht verleend de Family Environment Scale te bewerken. Wij danken beide onderzoekers voor hun toestemming om onze vertaling te hanteren in dit onderzoek. Wijzelf zijn door Swets & Zeitlinger gemachtigd onze vertaling van de Work Environment Scale te onderzoeken.

### Werklijst

Betrokkenheid: Het werk is echt uitdagend	juist/onjuist
Cohesie onder werknemers: De mensen doen hun uiterste best om een nieuwe collega zich thuis te laten voelen	juist/onjuist
Steun van stafzijde: Chefs (bazen, voormannen) hebben nogal eens de neiging uit de hoogte tegen je te praten	juist/onjuist
Fysiek comfort: Het wordt soms te heet	juist/onjuist

Vraag 1: Verbetering van de klachten

Van ieder van de drie klachten zoals die aan het begin van de therapie zijn geformuleerd, geeft de therapeut aan in hoeverre hij vindt dat elk van de klachten verbeterd is na afloop van de therapie.

Scoring:

Klacht 1: 0 de klacht is in zeer sterke mate verslechterd

0

0

0 er is achteruitgang te constateren

0

0

0 de klacht is niet veranderd

0

0

0 er is vooruitgang te constateren

0

0

0 de klacht is volmaakt afwezig

Klacht 2: idem

Klacht 3: idem

Vraag 2: Verbetering werk

In hoeverre is de cliënt verbeterd inzake zijn werk?

---

1) Dezelfde vragen zijn in een afzonderlijke lijst aan de cliënt voorgelegd.

0 het functioneren van de cliënt inzake het werk  
is in zeer sterke mate verslechterd  
0  
0  
0 er is achteruitgang te constateren  
0  
0  
0 wat betreft het functioneren van de cliënt op het  
werk is er niets veranderd, alles is bij het oude  
gebleven  
0  
0  
0 omtrent het werk van de cliënt kan worden vastge-  
steld dat er zoveel vooruitgang is te constateren  
dat er nu geen sprake meer is van speciale proble-  
matiek

Vraag 3: Verbetering in het sociale leven en de vrije tijd.

In hoeverre is de cliënt verbeterd inzake zijn sociaal leven  
en aspecten van zijn vrije tijd?

Vraag 4: Verbetering in zijn relaties met de ouderlijke  
familie.

Vraag 5: Verbetering inzake relaties met het eigen gezin.

Vraag 6: Verbetering in functioneren op sexueel gebied.



1. Oordelen over de warmte van de therapeut

1. De therapeut was wel een beetje stijf en formeel.
2. De houding van de therapeut was nogal koud en afstandelijk.
3. Ik voelde dat er meestal veel warmte en vriendelijkheid was in de wijze waarop de therapeut tegen mij praatte.
4. De toon van de opmerkingen van de therapeut was wel wat koud.
5. De manier van spreken van de therapeut was nogal formeel.

2. Oordelen over de hoeveelheid verandering die de patiënt ervaart

1. Ik heb nogal wat voordelen gehad aan de therapie.
2. Over het geheel genomen kan ik nu niet zeggen dat ik zo tevreden ben met de resultaten van de therapie.
3. Ik denk dat ik niet zo erg veel veranderd ben als resultaat van de therapie.
4. Mijn klachten of symptomen waarvoor ik in behandeling kwam zijn duidelijk ten goede veranderd als gevolg van de therapie.

3. Oordelen over de hoeveelheid verandering die duidelijk is voor anderen

1. Veel van de veranderingen die ik in mezelf voel als gevolg van de therapie zijn ook duidelijk geworden voor anderen in mijn leven;  
bijvoorbeeld voor mensen in mijn gezin;  
voor mensen op het werk;  
voor vrienden, kennissen, burens en verdere familie.

4. Oordelen omtrent de wens de therapie te verlengen

1. Als er nog meer therapie mogelijkheden zouden zijn zou ik nog meer kunnen verbeteren.
2. Ik heb nu niet meer zoveel behoefte aan verdere therapie.
3. Het is eigenlijk jammer dat ik niet langer door kan gaan met de therapie.

5. Oordelen omtrent de mate waarin therapie aanbevolen kan worden aan andere mensen

1. Ik zou psychotherapie warm aanbevelen aan een goede vriend of kennis die in problemen zit.
2. Meer mensen zouden ooit een therapie mee moeten maken; het is het enige middel om iets over jezelf te leren.

Antwoordmogelijkheden:

- 0 helemaal mee eens
- 0 beetje mee eens
- 0 twijfel
- 0 beetje oneens
- 0 helemaal oneens

## Curriculum vitae

De auteur, geboren 25 november 1946, behaalde in juni 1965 het diploma gymnasium-b aan het Onze Lieve Vrouwe-lyceum te Breda. In juni 1972 legde hij aan de K.U. te Nijmegen het doctoraalexamen in de psychologie af met als hoofdvak klinische psychologie. De scriptie ter afsluiting van het hoofdvak had als titel: "Een poging tot evaluatie van de behandeling in het psychotherapeutisch centrum 'De Viersprong'".

Vanaf 1 augustus 1972 was hij parttime werkzaam als wetenschappelijk medewerker op de vakgroep Klinische Psychologie binnen de Subfaculteit Psychologie aan de K.U. te Nijmegen. In de periode 1972 tot 1976 was hij tevens parttime werkzaam als onderzoeksassistent in een project dat tot doel had onderzoek te verrichten naar de sociale en seksuele ontwikkeling van jeugdige gehandicapten. Nadat hij in 1976 in een volledig dienstverband op voormelde vakgroep was aangesteld, werd een begin gemaakt met de studie waarvan dit proefschrift een afronding vormt.

Sinds 1976 is hij lid van de Vereniging voor Gedragstherapie. Hij is als begeleider en projectleider werkzaam in een aantal registratie- en evaluatieonderzoeken binnen uiteenlopende sectoren van de GGZ.

De auteur is getrouwd en heeft twee zonen.

## STELLINGEN

### I

Er bestaan binnen de geestelijke gezondheidszorg tenminste drie patiëntstromen die zowel bij de aanvang als bij het einde van de behandeling van elkaar te onderscheiden zijn (dit proefschrift).

### II

Patiënten die ambulant psychotherapeutisch en ambulant psychiatrisch behandeld worden verschillen voornamelijk in demografische kenmerken en in hun hulpverleningsgeschiedenis. Patiënten die ambulant psychotherapeutisch en klinisch psychotherapeutisch behandeld worden verschillen vooral in aard en ernst van hun sociaal dysfunctioneren (dit proefschrift).

### III

Psychotherapie helpt (dit proefschrift).

### IV

De doelmatigheid van ambulante psychotherapie wordt gerelativeerd doordat degenen die een dergelijke behandeling ondergaan relatief gunstige aanvangskarakteristieken hebben (dit proefschrift).

### V

Studies over psychotherapie dienen ethische stellingnamen te bevatten met betrekking tot de wenselijkheid of onwenselijkheid van veranderingen.

### VI

De maatschappelijke betekenis van psychotherapie wordt niet alleen bepaald door haar effect maar ook door de mate waarin ze een goed alternatief vormt voor andere vormen van hulp in de geestelijke gezondheidszorg, door de mate waarin ze toegankelijk is en door de kosten.

## VII

De generaliseerbaarheid van theorieën over psychotherapie is beperkt omdat de grondleggers (Freud, Adler, Jung, Rank, Fromm en Rogers) deze hebben ontleend aan onderling sterk verschillende typen patiënten.

Kiesler, D.J. Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychological Bulletin, 1966, 65, 2, 110-136.

## VIII

Op cultuur-historische gronden valt te verwachten dat in de komende tijd het geloof in de veranderbaarheid van mensen, ook via psychotherapie, zal afnemen.

## IX

Het probleem van veel patiënten die zich aandienen voor psychotherapie is niet zozeer gelegen in een gebrek aan zelfinzicht alswel in een gebrek aan inzicht in de reacties van anderen.

Rotter, J.B. Some implications of a social learning theory for the practice of psychotherapy. In: J.B. Rotter, J.E. Chance & E.J. Phares (eds.): Applications of a social learning theory of personality. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1972.

## X

Daar het misbruik van heroïne bij sommige verslaafden direct samenhangt met stoornissen in het gezinssysteem van herkomst, vormt structureel-strategische gezinstherapie en een daarop afgestemd diagnostisch systeem een belangrijk alternatief in de hulpverlening aan verslaafden.

## XI

De rekbaarheid van het begrip 'programma-evaluatie' heeft het voordeel dat iedereen erover mee kan praten en het nadeel dat iedereen erover mee wil praten.

## XII

Een goede roman is het beste voorbeeld van een functionele gedragsanalyse.

## XIII

In de geneeskunde en de gedragswetenschappen wemelt het van de 'vanzelfzwijgendheden'.

Duijker, H.C.J. De psychologie en haar toekomst. De Psycholoog, 1977, 12, 7, 353-358.

## XIV

Er dient naar gestreefd te worden binnen het wetenschappelijk onderzoek het aantal bureaucraten kleiner te houden dan het aantal onderzoekers.

Stellingen behorend bij het proefschrift van Maarten M. Lange  
"Drie vormen van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg".

Nijmegen, 10 mei 1984







Sociaal-wetenschappelijke  
proefschriften relevant voor de  
hulpverlening



**SWETS & ZEITLINGER B.V.**